

Rosa Feri ja Anna Huovinen

Mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittäminen

Mielialapeli

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Päivämäärä 21.4.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Rosa Feri Anna Huovinen Mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittäminen: Mielialapeli 37 sivua + 6 liitettä 21.4.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Lehtori, Kirsi Talman Lehtori, Liisa Montin
<p>Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on osa Metropolia ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojakson kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää innovaatiokurssilla tehty mielialapeli soveltuvammaksi mielenterveyshoitotyön opetukseen.</p> <p>Tämä toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena Ojasalon ym. (2009) mallia käyttäen. Lisäksi mielialapelin pilotoinnissa käytettiin menetelminä kyselylomaketta ja havainnointia ilman osallistumista.</p> <p>Työn tuloksena syntyi kirjallisuuskatsaus, jonka pohjalta uudet kysymyskortit kehitettiin mielialapeliin. Myös pelilaudan visuaalista ilmettä ja ohjeita kehitettiin. Mielialapeli pilotoitiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksoa käyvillä hoitotyön opiskelijoilla. Pilotointia havainnointiin ja pelaajat täyttivät avoimet kyselylomakkeet anonymisti. Lomakkeiden vastauksista selvisi että pelaajat olivat tyytyväisiä lähdemerkintöjen tuomaan luotettavuuteen kysymyskortteissa. Pelaajat olivat pääosin sitä mieltä, että osa kysymyksistä ja vastauksista olivat liian laajoja ja että kortteihin tulisi tehdä muutoksia. Lisäksi, pelin etenemistä tulisi nopeuttaa. Havainnoinnissa huomioitiin samoja asioita kuin mitä kyselylomakkeisiin oli vastattu.</p> <p>Toiminnallisen opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että kysymyskorttien sisältöä ja pelin kulkua tulisi vielä kehittää tulevaisuudessa, jotta mielialapeli palvelisi mahdollisimman hyvin mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksolle osallistuvia opiskelijoita.</p>	
Avainsanat	Opetusmenetelmä; lautapeli, mielialahäiriö

Author(s) Title	Rosa Feri Anna Huovinen Mental health nursing education development: mood game
Number of Pages Date	37 pages + 6 appendices 21 April 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Senior Lecturer, Kirsi Talman Senior Lecturer, Liisa Montin
<p>This functional thesis is part of the Helsinki Metropolia University of Applied Sciences of mental health and substance abuse nursing course development. This thesis was to develop the mood game, which was originally developed during on innovation course, more appropriate for mental health nursing education.</p> <p>Functional study was carried out a literature review using Ojasalo et al. (2009) model. In addition, the mood game piloting were used questionnaire and observation without the involvement.</p> <p>The result was a review of the literature as a basis for the new issue of cards was developed in the mood game. Also, the game board the visual image and the instructions were developed. Mood game was piloted in a mental health and substance abuse nursing course. The piloting was observed and players filled open questionnaires anonymously. Forms of responses revealed that players were happy about the reliability brought by the references on the question cards. The players were mostly of the opinion that some of the questions and answers were too large, and that some changes need to be made in the questions cards. In addition, the game progress should be accelerated.</p> <p>Based on the results of this thesis, it can be stated that the issue of the cards content and the gameplay should be further developed in the future, in order for the mood game to serve the mental health and substance abuse nursing students participating in the course.</p>	
Keywords	Teaching Method; board game, disorder

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	2
2.1	Masennus	2
2.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	4
2.3	Itsetuhoisuus	5
2.4	Mielialapeli opetusmenetelmänä mielenterveys hoitotyössä	5
3	Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät	6
4	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	7
4.1	Lähtötilanteen kartoitus	7
4.2	Opinnäytetyön eteneminen	8
4.2.1	Kehittämiskohteen tunnistaminen ja alustavien tavoitteiden määrittäminen	8
4.2.2	Kehittämiskohteeseen perehtyminen teoriassa ja käytännössä	9
4.2.3	Kehittämistehtävä määrittäminen ja rajaaminen	9
4.2.4	Tietoperustan laatiminen, sekä lähestymistavan ja menetelmien suunnittelu	10
4.2.5	Kehittämishankkeen toteuttaminen ja julkistaminen eri muodoissa	11
4.2.6	Kehittämisprosessin ja lopputulosten arviointi	13
5	Opinnäytetyön tuotos - mielialapeli	13
5.1	Tiedonhaku	14
5.2	Masennus	15
5.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	18
5.4	Itsetuhoisuus	21
5.5	Pelin arviointi	25
6	Pohdinta	28
6.1	Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	29
6.2	Kehittämisehdotukset	30
6.3	Oma ammatillinen oppiminen	31
	Lähteet	32

- Liite 1. Alkuperäisen pelin ohjeet
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Palautteiden analysointitaulukot
- Liite 4. Kehitetyt kysymyskortit
- Liite 5. Pelin kehitetyt ohjeet
- Liite 6. Tiedonhakutaulukko

1 Johdanto

Mielenterveyshäiriöt ovat yksi keskeisimmistä sairausryhmistä kansanterveyden kannalta (Partanen – Moring – Nordling - Bergman 2010: 17). Yleisin mielenterveydenhäiriö on mielialahäiriöt, joille on ominaista mielialan ja toimintakyvyn muutokset. Mielialahäiriöihin eli affektiivisiin häiriöihin kuuluvat erilaiset masennustilat ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. (Kuhanen – Oittinen – Kanerva – Seuri – Schubert 2012: 178, 201.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien määrää ei tiedetä Suomessa tarkasti (Käypä hoito – suositus 2013). Suomessa masennusta eli depressiota sairastaa noin puolet kaikista mielenterveyshäiriö potilaista (Käypä hoito – suositus 2014) ja sairastuneita on samanaikaisesti aikuisväestöstä noin 5-6 %. Psykoottinen masennus on vaikeampi masennustila, johon liittyy psykoottisia oireita. (Heiskanen - Huttunen – Tuulari 2011: 15, 22.) Itsetuhoisuus on yleistä mielialahäiriöpotilailla ja maailmanlaajuisesti joka vuosi yli 800 000 ihmistä tekee itsemurhan (WHO 2014). Suomessa noin puolet kuolee ensimmäiseen itsemurhayritykseen ja noin tuhat ihmistä tekee itsemurhan vuosittain (Kuhanen ym. 2012: 238).

Suomessa on 24 ammattikorkeakoulua (Opetus- ja kulttuuriministeriö n.d.), joista 22 voi opiskella sairaanhoitajaksi (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2013). Ammattikorkeakoulut saavat päättää opetussuunnitelmistaan (Ammattikorkeakoululaki 2014 § 14), mutta kaikkien Suomen ammattikorkeakoulujen on noudatettava EU-direktiivin 2005/36/EY mukaisia säännöksiä. Sairaanhoitajakoulutus on laajuudeltaan 210 opintopistettä, joista 90 opintopistettä suoritetaan harjoitteluna. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojakso sisältyy kaikkien hoitotyön opiskelijoiden koulutukseen. (Opetusministeriö 2006: 64; 71.) Opintojakson sisältöön ja tavoitteisiin kuuluu pääosin vuorovaikutustaitojen ja kollegiaalisuuden harjaannuttaminen. Opiskelijan tulee kurssin aikana ymmärtää hoitoprosessin eri vaiheet sekä mielenterveystyössä käytettävät keskeiset auttamismenetelmät. (Metropolia 2014.)

Opetusmenetelmillä pyritään vaikuttamaan myönteisesti oppimiseen ja jokaisella on omat oppimistyykinsä (Peda.net 2004; Davis 2013: 6). Pelien käytöllä opetusmenetelmänä on todettu olevan myönteistä vaikutusta oppimiseen. Pelaaminen kasvattaa kriittistä ajattelukykyä ja päätöksentekokykyä sekä vuorovaikutustaitoja ja kollegiaalisuutta. (Hyypönen - Linden 2009: 25; Royse - Newton 2007: 264.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää mielialapeli mielenterveyshoitotyön opetukseen.

2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

2.1 Masennus

Kliinisessä hoitotyössä sanalla ”masennus” viitataan mielenterveyden häiriöön (Suomen mielenterveysseura n.d a). Masennus on poikkeava tila tavanomaisesta mielialan vaihtelusta (WHO 2012b). Depressiot eli masennustilat ovat masennusoireyhtymiä. Masennustilat on jaettu ICD-10 tautiluokituksessa yksittäisiksi masennustiloiksi ja toistuviksi masennuksiksi. (Heiskanen ym. 2011: 19.)

Naiset kärsivät masennuksesta enemmän kuin miehet (Van de Velde –Bracke –Leveque 2010: 308; Essau – Lewinsohn – Seeley – Sasagawa 2010: 186-187). Yli 350 miljoonalla ihmisellä maailmassa on masennus (WHO 2012b). Potilaan sosiaaliset, biologiset ja psykologiset tekijät vaikuttavat masennuksen syntyyn. Masennus aiheuttaa järjenvastaista ja vääristynyttä ajattelua kuten myös kykenemättömyyttä suoriutua päivittäisistä toiminnoista. (WHO 2012a.) Oireiden vaikeusaste sekä hoito- ja lääkitysmotivaatio edesauttavat masennuksesta toipumisessa. Masennuskaudet voivat olla eripituisia ja ne voivat kestää viikoista kuukausiin, jopa vuosiin. (Kuhanen ym. 2012: 202.)

Masennus sisältää jatkuvaa surun tunnetta kahden viikon ajan tai enemmän ja häiritsee kykyä toimia kotona, koulussa tai työssä (WHO 2012b). Masentunut mieliala on yksi masennustilojen ydinoireista. Masennustilaksi kutsutaan sitä, kun masentuneen mielialan ohella esiintyy muitakin siihen liittyviä oireita. Sen diagnoosiin vaaditaan neljä taulukon 1 oireista yhtäaikaisesti ja vähintään kaksi oireista 1-3. (Heiskanen ym. 2011: 19-23.) Monet masentuneet kärsivät myös ahdistus oireista sekä ruokahalu- ja unihäiriöistä. He myös saattavat tuntea syyllisyyttä tai itsekunnioituksen puutetta, huonoa keskittymiskykyä ja jopa lääketieteellisesti selittämättömiä oireita. Oireiden määrästä ja vakavuudesta riippuen masennustila voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vakavaan masennukseen. Lievässä masennustilassa yksilöllä on vaikeuksia jatkaa tavallista työtä ja sosiaalista toimintaa, mutta ei luultavasti lakkaa toimimasta kokonaan. Vakavan masennustilan aikana on epätodennäköistä, että tilasta kärsivä voisi jatkaa sosiaalisia, työn tai kodin toimintoja. Hän voi kuitenkin tehdä edellä mainittuja toimintoja hyvin rajoitetusti. (WHO 2012a.)

Masennustilat voidaan jakaa siitä vielä edelleen alaryhmiin hoidon suunnittelua varten. Ryhmittelytapoja on useita mutta melko vakiintuneena voidaan pitää seuraavaa: psykoottinen masennus, melankolinen masennus eli somaattinen oireyhtymä, epätyypillinen (atyyppinen) masennustila, synnytyksen jälkeinen masennustila ja vuodenaikaan liittyvä masennustila eli kaamosmasennus. (Heiskanen ym. 2011: 19-23.)

Taulukko 1. Masennustilan oireet (Heiskanen ym. 2011: 20).

1	Masentunut mieliala
2	Mielihyvän menetys
3	Uupumus
4	Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
5	Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne
6	Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoisuuteen liittyvät ajatukset tai itsetuhoisen käytös
7	Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
8	Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
9	Unihäiriö
10	Ruokahalun ja painon muutos

Vaikeiden masennusoireiden lisäksi psykoottisessa masennuksessa ilmenee harhaluuloja ja mahdollisesti aistiharhoja. Psykoottinen masennus on masennustiloista vaikein. (Heiskanen ym. 2011: 22.) Melankolisessa masennuksessa henkilö on kadottanut mielihyvän tunteen lähes kaikissa toiminnoissa eikä tunne tilapäisesti juurikaan iloreaktioita. Tavallisimmin henkilö kärsii voimakkaista syyllisyyden tunteista, on hidastunut ja kiihtynyt. Henkilön ruokahalu heikkenee ja hän laihtuu. (Huttunen 2014b.)

Epätyypillisessä masennustilassa henkilön mieliala on reaktiivinen ja myönteiset asiat parantavat hetkellisesti mielialaa. Henkilöllä on pitkään kestänyt taipumus tuntea itsensä hylätyksi. Erityisesti yksin ollessa oireet korostuvat. Paino, ruokahalu ja unen määrä ovat huomattavasti lisääntyneet. (Huttunen 2014b.)

Kuukauden tai muutaman kuukauden aikana synnytyksestä syntyvää masennustilaa kutsutaan synnytyksen jälkeiseksi masennustilaksi (Huttunen 2014c). Joka viides synnyttänyt nainen kokee synnytyksen jälkeisen masennuksen (WHO 2012b). Tyypillisten masennustilan oireiden lisäksi äidillä voi esiintyä itkuisuutta ja suurta ahdistuneisuutta,

paniikkihäiriöille tyypillisiä paniikkikohtauksia, synnyttänyt ei tunne kiinnostusta syntyneeseen lapseensa ja hän voi kärsiä usein nukahtamisen vaikeudesta. Hänellä saattaa olla itsemurha-ajatuksia, pakonomaista pelkoa siitä että vahingoittaisi lastaan ja voimakkaita syyllisyyden tunteita. Oireet helpottavat yleensä itsestään 2-6 kuukauden aikana. Vielä vuodenkin kuluttua oireita saattaa kuitenkin ilmetä joillakin äideillä. (Huttunen 2014c.) On tärkeää havaita ja hoitaa synnyttäneiden äitien masennusta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Suurimmalle osalle synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville on hyötyä mielenterveys sairaanhoitajan keskusteluavusta. (Kuosmanen – Vuori-lehto – Kumpuniemi – Melartin 2010: 555-556.)

Tavalliset masennustiloissa ilmenevät oireet esiintyvät myös kaamosmasennuksessa. Ominaista on myös väsymys, unen tarpeen lisääntyminen, ruokahalun kasvu, fyysisen aktiivisuuden väheneminen, seksuaalisten halujen laskeminen ja painon nousu. Iltapäivisin oireet voimistuvat. Oireet ovat suurimmillaan marraskuusta tammikuuhun ja helpottavat helmi-maaliskuun aikana. Kesällä ei oireita ole. Vuosittain talvisin kaamosmasennuksen oireet toistuvat ja ne voimistuvat yleensä iän myötä, toisilla kuitenkin kaamosmasennus helpottaa iän myötä. Keskimäärin 20-30 vuoden iässä esiintyy ensimmäiset oireet. (Huttunen 2014a.)

2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Bipolaarihäiriöllä eli kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan vakavaa, kroonista ja pitkäaikaista mielenterveyden häiriötä, jolle on ominaista mielialan voimakas vaihtelu. Mieliala vaihtelee masennusvaiheen ja mania- eli yliaktiivisuusvaiheen välillä sairauden eri vaiheissa. Kaksisuuntainen mielialahäiriötä sairastavalla voi olla myös sekamuotoisia jaksoja, jolloin masennus- ja maniavaiheen oireet esiintyvät yhtä aikaa tai vaihtelevat erittäin nopeasti. (Heiskanen ym. 2011: 328.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan kahteen ala-tyyppiin, jotka ovat tyypin 1 ja tyypin 2 kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tyypin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennusjaksoja ja maniajaksoja tai sekamuotoisia jaksoja. Tyypin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennusjaksoja ja hypomania- eli lieviä yliaktiivisuusjaksoja. (Sadeniemi – Aer – Jänkälä – Sorvaniemi – Stenberg 2013: 25.) Manian, hypomanian, masennusjakson ja sekamutoisen jakson diagnostiset kriteerit on määritelty ICD-10:n mukaan (THL 2012: 142-146).

Manialla tarkoitetaan vähintään viikon kestävää mielialan liiallista kohoamista tai lisääntyntä ärtyisyyttä, joka usein alkaa äkillisesti. Manialle on tyypillistä toimeliaisuuden ja

puheliaisuuden lisääntyminen, keskittymiskyvyn heikentyminen, unen tarpeen väheneminen, itsetunnon kohoaminen ja uhkarohkeus, epäasiallinen käyttäytyminen sosiaalisissa tilanteissa sekä seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen. Manian oireet ovat erittäin voimakkaita ja aiheuttavat toimintakyvyn häiriötä. Hypomanian oireet ovat lievempiä kuin manian oireet, eikä hypomaniajaksosta aiheudu merkittävää toimintakyvyn häiriötä. Oireiden tulee kestää vähintään neljä päivää, jotta voidaan puhua hypomaniasta. (Sadeniemi ym. 2013: 22 - 24.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson oireet ovat samanlaisia kuin tavallisissa masennustiloissa (Heiskanen ym. 2011: 328). Sen hoito on kuitenkin erilainen kuin masennustiloissa, koska harva hyötyy masennuslääkkeistä. Masennusjaksot ovat usein kokonaiskestoltaan lyhyempiä kuin tavallisissa masennustiloissa, sekä niiden aikana esiintyy useammin psykoottisia oireita tai atyyppiselle masennukselle ominaisia oireita. Masennusjakson aikana itsetuhoisuus on yleistä. (Lönqvist – Henriksson – Marttunen – Partonen 2014: 233, 235, 239.)

2.3 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan toimintaa, jossa suorasti tai epäsuorasti pyritään vahingoittamaan itseään. Epäsuora itsetuhoisuus ilmenee riskikäyttäytymisenä, joka on usein henkeä uhkaavaa. Suoralla itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsensä vahingoittamista, joka voi pahimmillaan johtaa itsemurhaan. (Heiskanen ym 2011: 316.)

2.4 Mielialapeli opetusmenetelmänä mielenterveys hoitotyössä

Opetusmenetelmällä tarkoitetaan tapaa toteuttaa opetusta ja ne ovat joukko vuorovaikutuksen muotoja. Opetusmenetelmillä pyritään vaikuttamaan myönteisesti oppimiseen, aktivointiin ja motivointiin. (Peda.net 2004.)

Opetusmenetelmiä on runsaasti, eikä ole olemassa yhtä ainoa oikeaa menetelmää, joka sopisi kaikille (Royse – Newton 2007: 267). Jokaisella opiskelijalla on oma oppimistyylinsä, useita eri opetusmenetelmiä hyödyntämällä edistetään opiskelijoiden oppimista. Opetusmenetelmää valittaessa on otettava huomioon aiemmat kokemukset ja tiedot oppittavasta aiheesta. Opetuksessa voidaan hyödyntää eri aisteja. (Davis 2013: 6.)

Pelien käytöllä opetusmenetelmänä on todettu olevan positiivista vaikutusta oppimiseen. Pelejä hyödyntämällä, oppiminen on aktiivisempaa ja motivoivampaa. Pelaaminen kasvattaa kriittistä ajattelukykyä ja päätöksentekokykyä, joita opiskelijat tarvitsevat tulevaisuudessa. Pelaaminen voi olla hauskaa ja vähentää stressiä. Kaikki eivät kuitenkaan yksilöllisten oppimistyyliensä vuoksi hyödy tai nauti pelaamisesta, toiset oppivat paremmin olemalla passiivisessa roolissa. Pelit voivat herättää pelaajissa kilpailuhenkeä, joka voi aiheuttaa toisille opiskelijoille ahdistusentunteita, toisille kilpailuhenkinen ympäristö taas puolestaan sopii, se voi tehdä pelistä mielenkiintoisemman ja lisätä motivaatioita entisestään. (Royse – Newton 2007: 264, 266.)

Pelejä pelataan ryhmissä ja ryhmätyöskentely on tehokas oppimismuoto ja jo itsessään kasvattaa vuorovaikutustaitoja ja kollegiaalisuutta. Pelatessa oppimista tapahtuu myös pelikavereita seuraamalla ja ajatuksia jakamalla. Tässä opinnäytetyössä mielialapelin avulla pyritään saamaan opiskelijan aktiiviseen rooliin ja näin tehostaa hänen oppimistaan. Syvälistä oppimista tapahtuu silloin kun opittava asia käsitellään eri tavoin ja eri näkökulmista. (Hyypönen - Linden 2009: 18 – 27.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää mielialapeli mielenterveyshoitotyön opetukseen. Tavoitteena oli edistää ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden oppimista mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksolla. Lisäksi tavoitteena oli, että opiskelijat osaavat hyödyntää oppimiaan hoitotyön auttamismenetelmiä työelämässä.

Opinnäytetyölle asetettiin kolme kehittämistehtävää:

1. Mielialahäiriöihin liittyvien auttamismenetelmien ja oireiden selvittäminen.
2. Mielialapelin kysymyskorttien sisällön kehittäminen.
3. Mielialapelin arviointi.

4 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto perinteiselle opinnäytetyölle. Sen käytännön tavoitteena on esimerkiksi toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin yhdistyvät toiminnallisessa opinnäytetyössä (Vilkkä - Airaksinen 2003: 9). Toiminnallisessa opinnäytetyössä myös työn lopputulos tehdään aina jollekin tai jonkun käytettäväksi (Vilkkä - Airaksinen 2003: 38). Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä olivat ammattikorkeakoulut ja kehitettävä mielialapeli oli tarkoitettu ammattikorkeakoulujen käyttöön otettavaksi. Metropolian ammattikorkeakoulu oli työntilaaja ja hoitotyön opiskelijat ovat opinnäytetyön valmiin tuotoksen hyödynsaajat. Projektia johdettiin opinnäytetyön prosessin mukaisesti.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Kehittämistyössä pohditaan aikaisempia lähestymistapoja ja menetelmiä ja käytetään niitä työskentelyn apuna. Kehittämistyössä yhdistetään sekä ajankohtaista tutkittua tietoa että käytännön tietoa. (Ojasalo - Moilanen - Ritalahti 2009: 12,22.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin Ojasalon ym. (2009) kehittämisprosessin mukaisesti. Kehittämisprosessissa on kuusi vaihetta:

1. Kehittämiskohteen tunnistaminen ja alustavien tavoitteiden määrittäminen
2. Kehittämiskohteeseen perehtyminen teoriassa ja käytännössä
3. Kehittämistehtävän määrittäminen ja kehittämiskohteen rajaaminen
4. Tietoperustan laatiminen, sekä lähestymistavan ja menetelmien suunnittelu
5. Kehittämishankkeen toteuttaminen ja julkistaminen eri muodoissa
6. Kehittämisprosessin ja lopputulosten arviointi

Kehittämisprosessin vaiheet tässä opinnäytetyössä on kuvattu mielialapelin eteneminen kohdassa.

4.1 Lähtötilanteen kartoitus

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin mielialapeliä mielenterveyshoitotyön opetukseen. Alkuperäinen peli on suunniteltu innovaatio-opinnoissa vuonna 2013. Peliä on käytetty mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitotyön opintojaksolla tenttiin valmistautumisen välineenä. Opinnäytetyössä pyrittiin kehittämään alkuperäistä peliä käytännöllisemmäksi,

sekä korostamaan hoitotyön näkökulmaa, koska mielialapeli on suunnattu ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman käyville opiskelijoille.

Kehitetty mielialapeli ei sisällä kaikkia opintojakson osa-alueita, vaan pelissä on kolme teemaa, jotka ovat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja itsetuhoisuus. Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö lisäävät muiden mielenterveyshäiriöiden kanssa itsetuhoisuuden riskiä. (Lönnqvist ym. 2014: 507-509.)

Innovaatio-opinnoissa kehitetty alkuperäinen peli on tarkoitettu vähintään kahden pelaajan pelattavaksi. Peliä on mahdollista pelata myös pareittain tai ryhmissä. Pelin tarkoituksena on vastata erilaisiin kysymyskorttien kysymyksiin ja edetä pelilaudalla. Alkuperäisen pelin neljä teemaa ovat masennus, psykoottinen masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja itsetuhoisuus. Jokaisesta teemasta on kysymys-vastaus-, monivalinta- ja case -kortteja. Oikein vastatessa pelaaja/pelaajat pääsevät etenemään pelissä. (Ks. liite 1)

Pelistä on aikaisemmin kerätty palautetta keväällä 2014 yhdeltä opiskelijaryhmältä. Palautteen mukaan pelin kysymyskortteissa oli puutteita. Hoitotyön opiskelijoiden mielestä kysymykset perustuivat liikaa lääketieteelliseen tietoon ja olivat vaikeasti tulkittavia. Opiskelijoiden mukaan korteissa oleva tieto oli liian pikkutarkkaa ja hoitotyön ja eettisyyden näkyvyys oli puutteellista. Myös kysymysten laajuus on saanut kritiikkiä. Kaikissa korteissa ei ollut mainittu lähdettä, joten tiedon alkuperää tai tuoreutta ei voitu arvioida.

4.2 Opinnäytetyön eteneminen

4.2.1 Kehittämiskohteen tunnistaminen ja alustavien tavoitteiden määrittäminen

Opinnäytetyön aloitettiin kehittämiskohteen tunnistamisella ja alustavien tavoitteiden määrittämisellä syksyllä 2014. Kehittämiskohde liittyy yleensä työelämän ja liiketoiminnan kehittämiseen ja sen tarkoituksena on saada aikaan muutos (Ojasalo ym. 2009: 24). Tässä kehittämistyössä pyrittiin kehittämään Innovaatio-opinnoissa kehitettyä mielialapeliä. Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen kehittämiskohteelle määritettiin alustavat tavoitteet. Alustavana tavoitteena oli muokata mielialapeliä mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetukseen soveltuvaksi hoitotyön näkökulmasta. Aiheeseen tutustuttiin etsimällä yleisesti tietoa mielialahäiriöistä, pelien käytöstä opetusmenetelmänä ja toiminnallisen

opinnäytetyön tekemisestä kirjallisuudesta ja aihealuetta koskevien alustavien hakujen tekemisellä. Alustavat tavoitteet liittyivät aikaisemman pelin saamaan kritiikkiin, mitä kehittämisprosessin aikana oli tarkoitus muuttaa. (Ojasalo ym. 2009: 26-27.)

4.2.2 Kehittämiskohteeseen perehtyminen teoriassa ja käytännössä

Kehittämistyössä tietoa haetaan sekä teoriasta että käytännöstä. Tavoitteiden tarkka määrittely vaatii, että useasta eri lähteestä on etsitty kehittämiskohteeseen liittyvää tietoa (Ojasalo ym. 2009: 25-29). Kehittämiskohteeseen tutustumisen jälkeen sen sisältämistä aihealueista, masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja itsetuhoisuudesta, sekä muista opinnäytetyötä koskevista aiheista, kuten pelien käytöstä opetusmenetelmänä, etsittiin kirjallisuudesta tietoa ja tehtiin hakuja. Hakuja tehtiin sekä suomeksi että englanniksi ja katsottiin kuinka paljon hakutuloksia tuli sekä tehtiin jo joitakin rajoituksia. Rajoituksia tehtiin koskien esimerkiksi hoitotyötä ja auttamismenetelmiä. Tietoa tarvittiin myös mielenterveys- ja päihdehoitotyön kurssin sisällöstä, jotta myöhemmin kerättävä tieto vastaisi kurssin sisältöä ja tavoitteita. Myös opinnäytetyön tärkeimpien käsitteiden määrittely aloitettiin. Lisäksi tutustuttiin alkuperäiseen innovaatio-opinnoissa kehitettyyn peliin. Aikaisempi käytännön tieto eli mielialapelistä saadut palautteet käytiin läpi ja mietittiin mitkä asiat ovat saaneet hyvää palautetta ja missä on kehittämisen varaa. Suurimmasta osasta alkuperäisen pelin korteista puuttuivat lähteet, joten näitä kortteja ei voitu käyttää opinnäytetyössä hyödyksi, koska korttien kehittämisessä tärkeänä pidettiin näyttöön perustuvuutta.

4.2.3 Kehittämistehtävä määrittäminen ja rajaaminen

Kehittämistehtävällä määritetään mihin kehittämistyöllä tarkalleen pyritään ja sen määrittäminen vaatii huolellista pohdintaa (Ojasalo ym. 2009:33). Kehittämistehtävien määrittämistä tehtiin useaan kertaan, jotta ne määrittäisivät tarkasti mihin tässä opinnäytetyössä pyrittiin. Tässä opinnäytetyössä ei ollut tavoitteena saada aikaan valmista tuotetta vaan kehittää mielialapeliä edelleen ja määrittää uusia kehittämishaasteita, jotta mielialapeliä voidaan tulevaisuudessa kehittää edelleen saatujen tietojen pohjalta.

4.2.4 Tietoperustan laatiminen, sekä lähestymistavan ja menetelmien suunnittelu

Tietoperusta luo kehittämistyön pohjan kooten oleellisen jo olemassa olevan tiedon, mikä liittyy kehittämiseen. Tietoperustassa määritellään käsitteet ja niiden väliset suhteet. (Ojasalo ym. 2009: 34-35.) Tässä kehittämistyössä tietoperustaan määriteltiin lyhyesti kehittämistyön kannalta merkittävät käsitteet. Käsitteiksi valittiin pelin aihealueet masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja itsetuhoisuus, sekä pelien käyttö opetusmenetelmänä. Tietoperusta laadittiin tässä opinnäytetyössä keräämällä tietoa kirjallisuuskatsauksista, tuoreimmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta.

Kehittämistyössä käytettävien menetelmien valinnassa tulee miettiä mitä tietoa kehittämiskohteesta tarvitaan ja mihin tietoa aiotaan käyttää. Eri menetelmillä saadaan erilaista tietoa. Kehittämistyön menetelmiä ovat laadulliset ja määrälliset menetelmät. Laadullisia menetelmiä ovat esimerkiksi osallistuva havainnointi, avoin haastattelu sekä ryhmä- ja teemahaastattelu. Esimerkiksi lomakekysely on puolestaan tunnusomainen määrällinen menetelmä. (Ojasalo ym. 2009: 40, 93.) Tämän opinnäytetyön suunnittelussa valittiin käytettäväksi kolme eri tiedonkeruumenetelmää, kirjallisuuskatsausta, kyselylomaketta ja havainnointia, koska useamman menetelmän käyttäminen rinnakkain on suositeltavaa (Ojasalo ym. 2009: 40). Kirjallisuuskatsausta käytettiin korttien kehittämiseen ja kyselylomaketta sekä havainnointia käytettiin pelin arvioinnissa.

Kirjallisuuskatsaus on oleellinen osa opinnäytetyötä (Tuomi-Sarajärvi 2009: 123). Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen avulla kerättiin opinnäytetyön kannalta oleellisin olemassa oleva tieto. Kirjallisuuskatsaukseen etsittiin olemassa olevaa tutkittua tietoa masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja itsetuhoisuudesta. Kirjallisuuskatsauksen teko aloitettiin hakuja tekemällä ja hakusanoja yhdistelemällä. Ensin tutkimuksia ja katsauksia valittiin otsikoiden ja tiivistelmien perusteella. Valitut tutkimukset ja katsaukset luettiin ja niistä valittiin sellaiset, joissa oli opinnäytetyön kannalta keskeisiä asiasanoja ja asioita, kuten sairauden hoitoa ja hoitotyön auttamismenetelmiä, oireita ja diagnoosia. Valittujen tutkimuksien ja katsauksien tueksi haettiin samoista aiheista tietoa myös esimerkiksi World Health Organizationin internet-sivuilta.

Kyselylomakkeella haettiin tietoa pelin hyödyllisyydestä, toimivuudesta ja kehittämisedotuksista ja kyselylomake valittiin menetelmäksi, koska se sopii kehittämistyössä tuloksen arviointiin (Ojasalo ym 2009:41). Kysely on menettelytapa, jossa tiedonantajat täyttävät itsenäisesti esitetyt kyselylomakkeet. Kyselylomakkeet täytetään joko kotona tai

valvotussa ryhmätilanteessa. (Tuomi – Sarajärvi 2013.) Alkuperäisen mielialapelin palautteet oli kerätty lyhyillä kyselylomakkeilla, joissa oli kolme eri kysymystä, joihin pelaajat saivat omin sanoin vastata. Kehitetyn pelin palautteet kerättiin heti pilotoinnin jälkeen samanlaisella kyselylomakkeella, jotta alkuperäisen ja edelleen kehitetyn mielialapelin saamaa palautetta voitiin arvioida. (Ks. liite 2)

Havainnointi eli observointi on tärkeä kehittämistyön menetelmä, jonka avulla saadaan hyödyllistä tietoa esimerkiksi havainnoitavien käyttäytymisestä ja keskustelusta. Havainnoimalla päästään seuraamaan tapahtumia luonnollisessa toimintaympäristössä. Havainnointi voidaan käyttää itsenäisesti tai esimerkiksi kyselyn tukena. (Ojasalo ym 2009: 42, 103.) Tässä kehittämistyössä havainnointitapana oli havainnointi ilman osallistumista, koska pelin kehittäjien ja pelaajien välinen vuorovaikutustilanne ei ollut tärkeä tiedonhankinnan kannalta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 82). Havainnointitilanteessa pelin kehittäjät eivät osallistuneet pelaamiseen vaan olivat ulkopuolisia tarkkailijoita. Pelin pilotointia ja kyselylomakkeiden täyttööä havainnoitiin niin, että pelaajat tiesivät havainnoitsijan läsnäolosta. Havainnot kirjoitettiin ylös. Havainnoimalla haettiin tietoa mielialapelin toimivuudesta ja vahvistettiin osittain samoja asioita ja puutteita, joita pelaajat toivat esiin kyselylomakkeille, esimerkiksi joidenkin kysymysten epäselvyys.

4.2.5 Kehittämishankkeen toteuttaminen ja julkistaminen eri muodoissa

Kehittämishankkeen toteuttamisessa on tärkeää, että etenemisestä raportoidaan osallisille koko prosessin ajan (Ojasalo ym. 2009: 26). Etenemistä raportoitiin vastaavalle ohjaajalle koko prosessin ajan esittäen hänelle eri versioita edistyneestä kirjallisesta tuotoksesta ja pilotointiin liittyvistä suunnitelmista. Opinnäytetyön toteuttaminen aloitettiin lähestymistavan ja menetelmien valinnan jälkeen. Kysymyskorttien kehittäminen aloitettiin alkuperäisten kysymyskorttien läpikäymisellä, jonka jälkeen kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehtiin uudet kysymyskortit. Kirjallisuuskatsauksesta pyrittiin valitsemaan tärkeimmät asiat, jotka muotoiltiin kysymyksiksi. Tärkeimmiksi asioiksi nousivat hoitotyön auttamismenetelmät, oireiden kuvaus sekä käsitteet. Kaikkiin kysymyskortteihin merkittiin lähteet. Kysymyskorttien kehittämisen jälkeen, pelilautaa kehitettiin uudelleen. Korttien ja laudan kehittämisen jälkeen peli pilotoitiin hoitotyön opiskelijoilla. Pilotointia havainnoitiin ja siitä kerättiin palautetta. Pilotoinnin analysoinnissa kyselylomakkeet analysoitiin avoimista kysymyksistä sisällön erittelyllä soveltaen deduktiivista sisällönanalyysia. Analysoinnissa käytiin jokainen kyselylomake yksitellen läpi. Vastattuja anonyymejä kyselylomakkeita oli 15, jotka nimettiin a,b,c,d... ja niin edelleen. Vastauksista koottiin

taulukot, joihin yläluokiksi laitoimme kyselylomakkeen avoimet kysymykset: *Mikä pelissä oli hyvää? Miten peli edisti oppimista? Ja miten peliä voisi kehittää?* Taulukkoihin lisättiin vastanneiden alkuperäiset ilmaukset ja alaluokat. (Ks. liite 3)



Kuvio 1. Alkuperäinen peli.



Kuvio 2. Kehitetyn pelin pilottiversio.

Tutkimuksellisen kehittämistyön oleellinen osa on tulosten jakaminen kirjallisena (Ojasalo ym.2009:26). Toiminnallisen opinnäytetyön kirjallinen tuotos julkaistiin verkossa Theseuksessa, missä on ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. Ensisijaisena yleisönä kirjoittamiselle ovat käytännön yhteisöt, ei niinkään tiedeyhteisö. Käytännön yhteisöt saavat toiminnallisen opinnäytetyön kokemuksista oppia (Ojasalo ym. 2009: 46).

4.2.6 Kehittämisprosessin ja lopputulosten arviointi

Arviointi on tutkimuksellisen kehittämistyön viimeinen vaihe. Kehittämisprosessin ja lopputulosten arviointiin kuuluu työn suunnitelman, tavoitteiden, niiden saavuttamisen, käytettyjen menetelmien, prosessin johdonmukaisuuden ja sitoutumisen arviointi. (Ojasalo ym 2009: 47.) Tätä opinnäytetyötä arvioitaessa pohdittiin tavoitteiden ja kehittämistehtävien saavuttamista, prosessin etenemistä, käytettyjen menetelmien valintaa, sekä opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä.

5 Opinnäytetyön tuotos - mielialapeli

Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyi kehitetty mielialapeli. Mielialapeli on suunnattu mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksolle tenttiin valmistautumisen apuvälineeksi.

Kortteja alkuperäisessä pelissä oli 64 ja korttipinoja neljä: masennus, psykoottinen masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja itsetuhoisuus. Pelistä poistettiin psykoottinen masennus – korttipino, koska psykoottinen masennus on masennuksen yksi osa-alue lievän, keskivaikean ja vaikean masennuksen ohella. Aikaisemmassa pelissä ei muutenkaan psykoottiseen masennukseen ollut kehitetty montaakaan kysymystä ja jos psykoottisesta masennuksesta olisi erikseen oma korttipino, niin silloin lievästä, keskivaikeasta ja vaikeasta masennuksestakin tulisi olla omat korttipinot. Kehitetyssä mielialapelissä on kolme eri korttipinoa, joissa kortteja on yhteensä 74, joista masennuskortteja on 26, kaksisuuntainen mielialahäiriö kortteja 27 ja itsetuhoisuuskortteja 21. Kaikki kolme aihealuetta muodostavat oman pinon, joissa on kysymys-vastaus- ja monivalintakortteja sekaisin. Kehitetyt kysymyskortit ovat kaksipuolisia, joiden toisella puolella on jokaista aihealuetta kuvaava kuva ja toisella puolella kysymys, sekä vastaus. Rahoituksen salliessa kortit laminoidaan.

Kysymyskortteihin etsittiin olemassa olevaa tutkittua tietoa, jota verrattiin alkuperäisen pelin kysymyskorttien tietoon. Kysymyskorttien kehittämisessä huomioitiin alkuperäisten korttien saama kritiikki ja ongelmakohdat, esimerkiksi kysymyskortteja kehitettiin enemmän hoitotyön näkökulmasta, pyrittiin vähentämään laajojen kysymysten määrää ja kaikkiin kortteihin laitettiin lähde näkyville. (Ks. liite 4)

Pelin ohjeita muutettiin, koska korttipinojen määrä muuttui ja case-kortit poistettiin. Pelin uudet ohjeet on esitetty liitteessä. (Ks. liite 5) Alkuperäisessä pelissä oli case-kortteja. Kehitetyistä pelistä case-kortit poistettiin, koska case-kortteja ei kertynyt riittävästi. Pelaajien lukumäärää pienennettiin aikaisemman kritiikin perusteella.

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin myös jatkokehittämään pelilaudan visuaalista ilmettä. Myös korttipinojen määrän muuttuminen vaati pelilaudan uudelleen kehittämistä. Lautaa suurennettiin ja siihen lisättiin enemmän askeleita, sillä myös kysymyskorttien lukumäärä lisääntyi. Pelilautaa tehostettiin kirkkaammilla väreillä ja kuvitusta muutettiin. Mielialapelin nimi Auttamisen askeleet sekä eteneminen pelilaudalla säilytettiin alkuperäisen pelin mukaisesti.

5.1 Tiedonhaku

Kirjallisuuskatsaukseen etsittiin tietoa masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja itsetuhoisuudesta. Kaikista aiheista löytyi runsaasti hakutuloksia, joita rajattiin. Hakutuloksia rajattiin esimerkiksi hoitotyöhön, oppimiseen ja opetukseen, sekä peleihin. Haussa käytettiin myös vuosirajauksia mahdollisimman ajantasaisen tiedon kartoittamiseksi. Tiedonhaussa käytettiin erilaisia tiedonlähteitä, kuten alan kirjallisuutta ja internet-lähteitä. Alan kirjallisuutena käytettiin esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehoitotyön kurssilla käytettävää oppikirjaa. Internet-lähteinä käytettiin esimerkiksi World Health Organization (WHO), Opetus- ja kulttuuriministeriön sivuja, Duodecimia ja Käypä hoito -suosituksia. Tietokantoina käytettiin Cinahlia ja PubMedia. Tietokannoissa käytettiin erilaisia hakusanoja aiheesta ja niiden yhdistelmiä. Päähakusanoina on käytetty esimerkiksi "mental health", "bipolar disorder", depression ja itsetuhoisuus. Päähakusanoja yhdisteltiin esimerkiksi "nursing education" and "mental health", "learning and teaching" and "nursing education", sekä "nursing student" and learning and games. Tiedonhaussa käytettiin ajantasaisimpia tutkimustuloksia masennuksesta, itsetuhoisuudesta sekä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Kaikki tietokannoista kerätyt tutkimukset ja katsaukset koottiin taulukkoon (Ks. liite 6). Osa käytetyistä tutkimuksista ja kirjallisuuskatsauksista, löydettiin tietokannoista löytyneiden tutkimusten lähdetiedoista, jonka vuoksi näitä tutkimuksia ei lisätty taulukkoon. Aihealueiden tietoa rajattiin niin, että se vastaisi mielenterveys- ja päihdehoitotyön kurssilla saamaa perustietoa. Tiedonhaussa keskityttiin oireiden tunnistamiseen, hoitotyön auttamismenetelmiin ja sairaanhoitajan rooliin. Lääkehoidosta ja eri lääkkeistä löytyi paljon tietoa, mutta tässä opinnäytetyössä ei ollut tarkoitus keskittyä lääkehoitoon.

5.2 Masennus

Monet masentuneet eivät myönnä olevansa sairaita eivätkä hakeudu hoitoon. Ensimmäinen askel on tunnistaa masennus ja tavoitella tukea. Mitä aikaisemmin hoito alkaa, sitä tehokkaampi se on. Kulttuurilliset asenteet ja puutteellinen ymmärrys tilasta, aiheuttaa osaltaan haluttomuutta hakea apua masennukseen. Eri olosuhteet kuten, taloudelliset paineet, työttömyys, katastrofit ja konfliktit voivat myös lisätä riskiä masennuksen syntyyn. Lähes miljoona ihmistä päätyy itsemurhaan vuosittain ja suuri osa heistä on kokenut masennusta. (WHO 2012b.)

Ennaltaehkäisyohjelmien on osoitettu vähentävän masennusta. Esimerkiksi koulujen ohjelmat lasten hyväksikäytön ehkäisemiseksi tai ohjelmat jotka parantavat lasten kognitiivisuutta, ongelmanratkaisua ja sosiaalisia taitoja ehkäisevät masennukselta. Interventiot vanhempien kanssa, joiden lapsilla on käyttäytymisongelmia, vähentävät vanhempien masennusoireita ja parantavat heidän lastensa tuloksia. Liikuntaohjelmat vanhuksille ovat myös tehokkaita masennuksen ehkäisyyn. (WHO 2012a.)

Masennus voidaan diagnosoida ja hoitaa luotettavasti koulutettujen terveydenhuollon työntekijöiden avulla perusterveydenhuollossa (WHO 2012a). Vastaanotolla hoitaja kysyy potilaalta, kauanko hänen oireensa ovat kestäneet. Jos ne ovat kestäneet yli 2 viikkoa, on mahdollista että potilaalla on masennus. Hoitajan tulee kysyä vielä potilaan oireista. Onko potilas menettänyt mielihyvän kokemisen ja kiinnostuksen tunteen? Onko potilas alakuloinen? Onko potilas tavallista väsyneempi eikä saa asioita aikaiseksi? Jos potilas vastaa kahteen edeltävistä kysymyksistä ”kyllä” ja ne ovat kestäneet kaksi viikkoa tai enemmän, masennuksen taso kartoitetaan. Hoitaja kysyy lisäksi onko potilaalla muita sairauksia, koska masennuksen syynä saattaa olla jokin somaattinen sairaus. (Rouvinen 2011.)

Masennusseulat tukevat masennuksen tason arviointia. Hoitaja voi antaa potilaalle hyväksi havaittuja seuloja täytettäväksi kartoittamaan masennuksen astetta. Jos potilas on työikäinen voi hänelle antaa täytettäväksi Beckin depressiokysely (BDI), vanhuksille myöhäisiän depressioseula (GDS) ja odottaville tai pienten lasten äideille synnytyksen jälkeinen masennusseula Edinburgh Depression Scale (EPDS-masennusseula). (Rouvinen 2011.) Beckin depressiokysely (BDI) on 21-osainen kliinisessä käytössä yleisesti oleva masennusseula jonka 13.7.2007 päivitetty versio löytyy Terveysportista ja on vapaasti käytettävissä. Muokatusta versiosta käytetään myös nimitystä BDI-21 tai BDI IA.

Se on itse täytettävä kyselylomake mittaa kognitiivista ja psyykkistä toimintakykyä. (THL 2014.) Myöhäisiän depressioseula (GDS-15) on mittari, joka on kehitetty erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden mittaamiseen. Se mittaa psyykkistä toimintakykyä. GDS-15 on kehitetty alkuperäisen GDS-mittarin pohjalta, joka sisältää 30 kysymystä. GDS-15 mittariin on valittu alkuperäisestä 15 kysymystä, joilla on todettu suurin korrelaatio masennusoireisiin. Tietoa mittarilla voidaan kerätä haastattelemalla tai antamalla lomake itse täytettäväksi. (THL 2013.)

Masentuneen potilaan hoito suunnitellaan yksilöllisesti oireisiin ja elämäntilanteeseen perustuen. Hoitoa suunnitellessa tulee monipuolisesti ottaa huomioon potilaan tausta ja tämän hetkinen terveydentila. Hoidon luottamuksellisuus ja jatkuvuus potilaan toiveet huomioiden on erittäin tärkeää. (Kuhanen ym. 2012: 206.) Psykiatrisen sairaanhoidon perustana on terapeutin suhde asiakkaan ja hoitajan välillä. Terapeuttiseen suhteeseen kuuluu muun muassa aktiivinen kuuntelu ja arviointi. Potilaan aktiivinen kuuntelu on osa hoidon arviointia ja hoidon päättämisestä. Kun hoitajan ja potilaan välinen suhde on vakiintunut, voidaan alustava arviointi toteuttaa fyysiset ja henkiset oireet huomioiden. Masentuneen potilaan aktiivinen kuuntelu on hoitajien keskuudessa todettu tärkeäksi tavaksi parhaimman hoidon määrittämisessä. Hoitajat ovat myös kokeneet kriittiseksi potilaiden omaksumisen, että mitä hoitoa he tarvitsevat ja saavat, ja toivovat potilaiden omaa panostusta hoitoonsa. (Parrish – Peden – Staten 2008: 236.) Kun potilaan masennuksen taso on selvillä, hänet ohjataan asianmukaisen ammattihenkilön luokse. Potilas ohjataan depressiohoitajalle, lääkärille tai psykologille jos hänellä on lievä tai keskivaikea masennus eikä itsemurha-ajatuksia ajatuksia ole. Jos potilaalla on keskivaikea masennus ja itsemurha-ajatuksia tai vaikea masennus hänet ohjataan lääkäriin tai mielenterveystoimistoon akuuttihoitoon. Psykoottisessa masennuksessa potilas viedään mielen-terveystoimiston psykiatrille tai lääkäriin sairaalahoidon tarpeen arvioon. (Rouvinen 2011.)

Masennuksen hoitomuotoina käytetään lääkehoitoa, psykoterapian eri muotoja ja sähköhoitoa. Hoitomuodon valintaan vaikuttaa masennuksen taso ja parhaaseen hoitotulokseen päästään eri hoitomuotoja yhdistelemällä. (Heiskanen ym. 2011: 25.) Hoidossa pyritään pääsemään oireista eroon kokonaan. Hoidon tavoite on riittävän pitkän lääke- ja keskusteluhoidon avulla toipuminen. Keskustelu- ja lääkehoito yhdessä on tehokas hoito masennuksesta toipumisen kannalta. (Rouvinen 2011.) Erilaiset tutkimukset osoittavat kognitiivisen käyttäytymisterapian olevan hyödyllinen masennuksen hoitomuoto. Kognitiivinen käyttäytymisterapia voi hoitaa ja tarjota masennuksesta kärsivälle keinoja hallita

masennusta. Se esimerkiksi tasoittaa ahdistusta. Lääkehoito yhdessä kognitiivisen käyttäytymisterapian kanssa on tutkitusti hyödyllinen. (Gilfillan – Parker – Sheppard – Manicavasagar – Paterson – McCraw. 2014: 857-858.) Jopa 60% ihmisistä, joilla on masennus, voi parantua asianmukaisen masennuslääkityksen ja psykoterapian yhdistelmällä (WHO 2001). Hoitomuotoina voidaan myös käyttää pelkkää depressiokoulua, keskusteluhoitoa tai kirkasvalohoitoa. Potilaalle suositellaan itsehoidoksi miellyttäviä harrastuksia, liikuntaa ja ihmisten parissa olemista. Alkoholin käyttö voi vaikuttaa mielialaa alentavasti, ja potilasta kannustetaan välttämään sen käyttöä. Potilaan aikaisemmat selviytymistaidot ja vahvuudet tukevat hoitoa ja ne kartoitetaan. (Rouvinen 2011.) Pääasiassa terveyskeskusten psykiatriset sairaanhoitajat toteuttavat keskusteluapua, jota voidaan myös käyttää yhtenä masennuksen hoitona (Suomen mielenterveysseura n.d. b).

Hoitomuotona lievään masennukseen tulisi ensisijaisesti käyttää psykososiaalisia hoitoja niiden tehokkuuden vuoksi. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja vuorovaikutuspsykoterapia ovat tehokkaita lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa (Crowe – Whitehead – Carlyle – Mocintosh – Jordan – Joyce – Carter 2011: 681). Hoitomuotoina kohtalaiseen ja vaikeaan masennuksen käytetään psykososiaalista tukea yhdistettynä masennuslääkkeisiin tai psykoterapiaan kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia, ihmissuhdepsykoterapia tai ongelmanratkaisun hoito. (WHO 2012a.) Lääkkeet ja psykologiset hoidot ovat tehokkaita silloin kun ihminen kärsii kohtalaisesta tai vaikeasta masennuksesta (WHO 2012a). Aivojen sähköhoito on tehokas hoito vaikeasta tai psykoottista masennusta sairastaville, erityisesti, jos muilla hoitomuodoilla ei ole vastetta ja hoitoa tarvitaan nopeasti (Käypä hoito – suositus 2014). Electroconvulsive therapy (ECT) eli aivojen sähköhoitoa käytetään maailmanlaajuisesti psykiatrisessa hoidossa (Cyrzyk 2013: 22). Masennuslääkkeet voivat olla kohtalaisen masennuksen tehokas hoitomuoto, mutta eivät ole ensisijaisia kohtalaisen masennuksen hoidossa. Masennuslääkkeitä ei käytetä lasten masennuksen hoidossa eivätkä ne ole ensisijaisia nuorten hoidossa. Jos lääkkeitä kuitenkin käytetään nuorilla, niitä tulee käyttää varoen. (WHO 2012a.)

Masennuksen fysiologisiin syihin voidaan vaikuttaa masennuslääkkeillä. Eri masennuslääkeryhmät vaikuttavat aivojen välittäjäaineisiin eri tavoin (Suomen mielenterveysseura n.d. b). Lääkehoitoa saattaa tarvita jotkut jopa loppuelämänsä (Rouvinen 2011). Lääkkeet, jotka on tarkoitettu masennuksen hoitoon, eivät vaikuta välittömästi. Niiden vaikutus tehostuu hiljalleen 2-8 viikon aikana hoidon aloittamisesta. Lääkäri voi vaihtaa määrätyn lääkkeen toiseen jos käytetty lääke ei tunnu toimivan. (Suomen mielenterveys-

seura n.d.b.) Kun oireet ovat loppuneet, lääkehoitoa jatketaan vielä 3-6 kuukautta jäännösoireiden ja masennuksen uusiutumisen välttämiseksi (Rouvinen 2011). Lääkehoidon lopetus tapahtuu lääkärin ohjeiden mukaisesti yleensä annosten asteittaisesta vähentämisestä, jotta voidaan minimoida lopetusoireet. Väsymys, päänsärky, ärtyneisyys ja hikoilu voivat olla lääkkeen lopetuksesta aiheutuvia oireita. (Suomen mielenterveysseura n.d.b.) Lääkeaineita, joita masennuksessa käytetään, ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet: fluoksetiini, sitalopraami, essitalopraami, paroksetiini, sertaliini ja flyvoksamiini, sekä kaksikanavaiset mielialalääkkeet eli SNRI-lääkkeet: mirtatsapiini, duloksetiini, milnasipraani ja venlafaksiini. Lisäksi MAO-estäjät: moklobemidi (Rouvinen 2011.)

5.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen on hankalaa. (Suominen – Valtonen 2013b: 2445) Masennus oireet ovat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla usein hallitsevampia kuin mania tai hypomania oireet (Miller – Dell’Osso – Ketter 2014) ja juuri masennusoireiden vuoksi usein hakeudutaan hoitoon (Kilbourne – Goodrich – O’Donnell – Miller 2012.) Usein kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy myös muita mielenterveyden häiriöitä. Potilailla voi esiintyä ahdistuneisuutta, paniikkioireita, persoonallisuushäiriöitä ja syömishäiriöitä. Myös runsas päihteiden käyttö ja somaattisten sairauksien esiintyminen on yleistä. (Kuhanen ym. 2012: 211.)

Jos kaksisuuntainen mielialahäiriö jää diagnosoimatta tai se diagnosoidaan väärin, potilaita voidaan hoitaa väärillä menetelmillä vuosiakin (Proudfoot – Parke – Benoit – Manicavasagar – Smith – Gayed 2009: 124). Tämä tarkoittaa, että potilaat eivät saa tarvitsemaansa ylläpitohoitoa tai oikeanalaista lääkehoitoa (Lönngqvist ym 2014: 227). Vääränlaisella lääkeshoidolla voidaan pahentaa potilaan oireita (Kilbourne ym. 2012). Väärä diagnoosi voi myös vaikuttaa potilaan elämän laatuun (Russell - Brown 2004: 190).

Diagnoosin tekemiseen tarvitaan haastattelua ja tietoja potilaan taustasta (Kilbourne ym. 2012). Suomessa kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulontaan käytetään useimmiten Mielialahäiriökyselyä (mood disorder questionnaire, MDQ) (Lönngqvist ym 2014: 228.) Mielialahäiriökysely on hyvä seulontaväline, joka auttaa tunnistamaan varsinkin tyypin 1 kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat (Isometsä – Suominen – Mantere – Valtonen – Leppämäki – Pippinsgköld – Arvilommi 2003).

Diagnoosin saaminen voi vaikuttaa potilaan itsetuntoon. Potilaat voivat tuntea vihaa, häpeää, epäuskoa tai he voivat kieltää sairauden. (Proudfoot ym 2009: 124; Goossens - Beetjens - de Leeuw - Knoppert-van der Klein - Van Achterberg 2008: 6). Toisille diagnoosi voi puolestaan tuoda helpotuksen, koska pitkään jatkuneille oireille ja käyttäytymiselle on selitys (Proudfoot ym. 2009: 125.) Usean tutkimuksen mukaan (Jönsson - Wijk-Skärsäter - Danielson 2008; Russell - Brown 2004; Proudfoot ym. 2009) sairauden hyväksyminen on ensimmäinen vaihe diagnoosin saamisen jälkeen. Sairauden hyväksyminen ja potilaiden vahva sosiaalinen tukiverkosto vaikuttavat hoitomyönteisyyteen. Potilaat, jotka hyväksyvät diagnoosinsa pystyvät usein itse tunnistamaan eri jaksojen alkamiseen liittyvät varoitusmerkit. (Proudfoot ym: 2009: 125, 126.) Varoitusmerkit voivat olla esimerkiksi unen rytmin, mielialan tai toimeliaisuuden tarpeen muuttuminen. Mitä paremmin potilas tunnistaa varoitusmerkit, sitä nopeammin niihin pystytään reagoimaan ja mahdollisesti välttämään uusi sairausjakso. (Russell – Brown 2005: 191.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä hoidetaan sairauden vaiheen mukaan, joko akuuttihoi-dolla tai ylläpitohoidolla. Akuutti hoidolla tarkoitetaan mania-, hypomania- tai masennus-jakson hoitoa ja ylläpitohoidolla tarkoitetaan eri jaksojen välillä tapahtuvaa hoitoa. Yllä-pitohoidolla pyritään ehkäisemään uusien jaksojen puhkaminen. (Suominen – Valtonen 2013b: 2448- 2449.) Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen, useimmiten kroo-nistuva sairaus, jonka hoitoon kuuluu lääkkeellinen hoito, psykososiaalinen hoito ja itse-hoito (Suominen – Valtonen 2013b: 2445, 2448).

Mielialaa tasaavat lääkkeet, esimerkiksi litium ja valproaatti, ja epätyypilliset psykoo-siläkkeet ovat tehokkaita kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Sairausjaksojen luonne vaikuttaa lääkkeiden valintaan. Lääkkeiden valinta on hankalaa, esimerkiksi lää-keiden haitallisten yhteisvaikutusten ja sivuvaikutusten vuoksi. (Jann 2014.) Sivuvaiku-tukset voivat myös olla syynä lääkehoidon noudattamisen laiminlyöntiin. Oikeanlaisen lääkehoidon etsiminen voi olla hankalaa sekä eri lääkkeiden ja lääkeyhdistelmien kokei-leminen voivat saada potilaan turhautumaan. (Proudfoot ym: 2009: 124.) Sairaanhoida-jan tulisi tarkastella lääkityksen tehoa ja mahdollisia sivuvaikutuksia, sekä valvoa lääki-tyksen noudattamista (Goossens - Van Achterberg - Knoppert-van der Klein 2007: 175).

Sosiaalisella tuella on positiivista vaikutusta potilaan kuntoutumiseen ja sairausjaksojen uusiutumisen välttämiseen (Johnson – Lundström – Åberg-Wistedt – Mathe 2003). Psy-kososiaalisella hoidolla annetaan tietoa potilaalle ja omaisille esimerkiksi sairaudesta,

sairausjaksojen puhkeamisesta kertovista merkeistä ja mielialamuutosten seuraamisesta (Pulkkinen - Vesanen 2014b). Usein kuitenkin vasta sairauden hyväksymisen jälkeen potilailla on motivaatioita hakea ja saada tietoa sairaudesta (Russell - Brown 2004: 191). Psykososiaalista hoitoa voidaan antaa eri muodoissa, esimerkiksi psykoedukaatio, kognitiivis-behavioraalinen terapia tai perheterapia (WHO n.d.). Vaikka hoitomuodot voivat olla erilaisia kaikilla pyritään lisäämään potilaan tietoa sairaudesta ja hoidosta, hyväksymään sairaus ja parantamaan hoitomyönteisyyttä (Milkowitz 2006: 28).

Psykoedukaatio on yleisin käytetty hoitomuoto (Suominen – Valtonen 2013b: 2449) ja sitä tulisi aina tarjota kaikille kaksisuuntaistamielialahäiriötä sairastaville sekä heidän omaisilleen (WHO n.d.). Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmämuodossa ja sen tarkoituksen on lisätä potilaan tietoa sairaudesta (Milkowitz 2006: 29). Psykoedukaatiossa voidaan myös käydä läpi päihteiden käytön välttämisen ja säännöllisen unirytmien säilymisen tärkeyttä (Suominen-Valtonen 2013b: 2449). Osalle potilaista voi olla hyötyä mielialapäiväkirjasta, sairausjakson laukaisevien tekijöiden ja varoitusmerkkien tunnistamisessa (Proudfoot: 125). Säännöllisellä unirytmillä ja stressinhallinta keinoilla voidaan välttää uusien sairausjaksojen riskiä (Russell - Brown 2004: 191). Sairaanhoidajat voivat myös auttaa potilaita arjen ja ajatusten järjestämisessä ja neuvoa erilaisissa ongelmatilanteissa (Goossens ym. 2008: 9). Psykoedukaatiossa tehdään myös toimintasuunnitelma, jota noudatetaan varoitusmerkkien ilmaantuessa (Suominen – Valtonen 2013b: 2449). Sairaanhoidaja auttaa potilasta toimintasuunnitelman tekemisessä. Toimintasuunnitelmaan kirjataan esimerkiksi sairausjakson laukaisevia tekijöitä, stressitekijöitä ja varoitusmerkkejä. (Goossens ym. 2008: 8). Ryhmämuotoisessa psykoedukaatiossa potilaat voivat jakaa kokemuksiaan ja saada tukea (Goossens ym. 2007: 175).

Perheterapian tarkoituksena on keskittyä perhesuhteisiin ja tukea sekä auttaa koko perhettä. Perheterapiassa voidaan esimerkiksi kertoa perheelle sairaudesta, auttaa heitä huomaamaan varoitusmerkkejä uusista sairausjaksoista ja auttaa potilasta toipumaan sairausjaksoista. (Milkowitz 2006: 32.) Perhekeskeisen hoidon avulla voidaan myös vähentää sekä omaisten että potilaiden masennusoireita (Yatham ym. 2013: 4).

Psykososiaalisista hoitomuodoista lääkehoidon lisänä on hyötyä sekä akuuttien masennustilojen hoidossa, että pitkäkestoisessa ylläpito- ja hoidossa. Hyötyä on erityisesti lyhyistä psykoedukaatioista. Psykososiaalisilla hoidoilla voidaan vaikuttaa mielialan vaihteluihin,

vähentää sairausjaksojen uusiutumisriskiä ja vähentää sairaalahoidon aikaa, vähentää lääkityksen määrää ja lisätä hoitomyönteisyyttä. (Yatham ym. 2013: 4.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mielialat voivat vaihdella hyvinkin nopeasti, siksi on tärkeää, että potilaalla on mahdollisuus saada sairaanhoitajaan yhteys mahdollisimman pian. Sairaanhoitajan ja potilaan välisen suhteen jatkuminen on tärkeää ja suhde tulisi olla terapeutin lisäksi sellainen, että potilas tuntee voivansa luottaa hoitajaan ja pystyy vapaasti esimerkiksi kysymään kysymyksiä ja kertomaan peloistaan. (Goossens ym. 2008: 8-9.)

Akuutti mania voi aiheuttaa potilaassa levottomuutta ja luoda häiritsevän ympäristön, joka voi olla esteenä psykososiaaliselle hoidolle (Yatham ym. 2013: 4). Akuuttihoito vaatii usein, varsinkin maniavaiheessa sairaalahoidoa. Potilas voidaan tarvittaessa määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen hoitoon (Pulkkinen – Vesanen 2014b). Mielenterveyslaissa on määritelty tahdonvastaiseen hoitoon ottamisen edellytykset (Mielenterveyslaki § 8). Omaisille ja potilaalle tulee kuitenkin aina perustella hoitoon ottaminen, varmistaa heidän ymmärryksensä ja hoitoon ottaminen pyritään toteuttamaan yhteistyössä potilaan kanssa (Pulkkinen – Vesanen 2014c). Manian aikana potilas voi olla sairautentunnoton, impulsiivinen ja herkkä ympäristön ärsykeille (Goossens ym. 2007: 419, 421; Hummelvoll – Severinsson 2002: 175). Mania potilasta hoidettaessa sairaanhoitajan tulisi olla rauhallinen ja kannustava. Potilaalle täytyy kuitenkin asettaa selkeät ja johdonmukaiset rajat sekä rajoittaa potilaan toimintaa. (Goossens ym. 2007: 175.)

Itsetuhoisuus tai sen ajattelemisen on yleistä sekä 1 että 2 tyypin kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla. Masennus ja toivottomuus lisäävät itsetuhoisuuden riskiä (Valtonen – Suominen – Mantere – Leppämäki – Arvilommi – Isometsä: 2005) ja huomattavasti eniten itsemurhia tapahtuu masennusjakson aikana. Itsemurha riskiä lisäävät lääkityksen hoidon riittämättömyys, hoitoon sitoutumattomuus, riittämättömän psykososiaalisen tuen saaminen ja päihteiden käyttö (Keks ym. 2009: 504-505). Myös liitännäissairaudet ja aiemmat itsemurha yritykset tai aiempi itsetuhoisuus käyttäytyminen lisäävät itsemurha riskiä (Valtonen ym. 2005).

5.4 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus on yleistä mielialahäiriöpotilailla. Useimmat vakavasta masennuksesta tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoisesta jaksosta kärsivät potilaat harkitsevat,

suunnittelevat tai yrittävät itsemurhaa ja reilu puolet itsemurhan tehneistä ovat kärsineet mielialahäiriöstä. Arviolta 15% - 19% mielialahäiriöistä kärsivistä on riski kuolla itsemurhaan. (Isometsä 2014: 121 – 124, 127.)

Miehet tekevät naisia kolme tai neljä kertaa enemmän itsemurhan. Länsimaissa tämä sukupuolten välinen suhde on pysynyt melko samana vuosikymmenten ajan. Vuonna 2012 Suomessa itsemurhan tehneitä miehiä oli 655 ja naisia 218. Kaikista kuolemista miesten itsemurhia oli 2,6% ja naisten itsemurhia 0,8%. Sukupuolten välistä eroa itsemurhissa ei vielä kukaan ole saatu selville. (Hiltunen 2014: 23.)

Lähes neljännes potilaista, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa, yrittävät neljän vuoden aikana itsemurhaa uudelleen. Naiset tekivät itsemurhayrityksiä enemmän kuin miehet, mutta kuitenkin itsemurhayritysten jälkeen, jotka vaativat sairaalahoitoa, naisiin verrattuna miesten kuolleisuus oli kaksinkertainen. Itsemurhan ensimmäisen yrityksen tekotavalla on huomattu olevan yhteys kuolleisuuteen. Kuolleisuus oli huomattava yrityksen jälkeen, joka oli tehty väkivaltaisella tavalla. Huhtikuussa tehdään eniten itsemurhayrityksiä ja toukokuussa on eniten itsemurhakuolemia. Itsemurhakuolemiin verrattuna itsemurhayrityksiä tehdään kymmenkertaisesti. (Haukka 2008: 14.)

Itsetuhoinen käyttäytyminen on yleisempää niillä henkilöillä, joiden perhehistoriassa on itsemurhayrityksiä ja itsemurhia. Psykiatriset häiriöt, erityisesti masennus on itsemurhan taustatekijänä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, lääk- ja alkoholiongelmat sekä jotkut persoonallisuushäiriöt ovat yhteydessä itsemurhiin. (Hiltunen 2014: 23.)

Itseään vahingoittavat henkilöt yleensä pelkäävät paljastuvansa. He peittävät vammansa ja ihonsa esimerkiksi pitkillä housuilla ja pitkähihaisilla paidoilla kuumasta säästä riippumatta. Potilaan tapaamisessa on tärkeää tehdä perusteellinen ihon arviointi. Haavat parantuvat vaihteittain ja itseään vahingoittavan haavojen tulehtuminen voi olla syy hoitoon hakeutumiselle. He saattavat keksiä tarinoita vammojen alkuperälle ja väittää että vammat ovat tulleet vahingossa. (Kameg – Woods – McCormick 2012:169.)

Itsemurha riskiä lisäävät sosiaalisen tuen puute, impulsiivisuus, trauman tai hyväksikäytön historia, vakava fyysinen tai krooninen sairaus sisältäen kroonista kipua, neurobiologiset tekijät, häpeä liitettyä avun pyytämiseen, esteet terveyden hoitoon pääsemiseen,

erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitoon, erityiset kulttuuriset ja uskonnolliset uskomukset, altistuminen itsetuhoiselle käyttäytymiselle tiedostusvälineiden kautta ja muiden itsemurhaan kuolleiden vaikutuksesta. (WHO 2012c: 14.)

Itsemurha riskistä kertovia varoitusmerkkejä ovat esimerkiksi toivottomuus, raivo, viha, piittaamattomuuden tunteet, lisääntynyt päihteiden käyttö, sosiaalinen vetäytyminen, ahdistuneisuus, levottomuus, unen tarpeen muuttuminen ja mielialan muutokset, sekä elämän tarkoituksen menettäminen (Chesin – Stanley 2013: 2), työn menetys ja taloudellisen tilanteen heikkeneminen, läheisten menetykset ja sosiaaliset menetykset, tappavien välineiden helppo saanti, stressaavat elämän tapahtumat (WHO 2012c:14). Itsemurha riskin tunnistamista voi vaikeuttaa esimerkiksi sairaanhoitajan kontaktittomuus, tyhjiys, toivottomuus ja itsemurha riskin vähättely (Pulkkinen – Vesanen 2014a).

Suojaavien tekijöiden tunnistaminen on yhtä tärkeää kuin riskitekijöiden havaitseminen. Sosiaalis-kulttuurilliset-, ympäristö- sekä yksittäiset suojaavat tekijät voivat alentaa henkilön alttiutta itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Suojaavat tekijät voivat auttaa yksilöitä selviytymään erityisen vaikeissa olosuhteissa ja vähentää itsemurhariskiä. Tehokkaan strategian tulisi tunnistaa tapoja, joilla vahvistaa, parantaa ja ylläpitää itsemurhalta suojaavia tekijöitä. Suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi vahvat yhteydet perheeseen ja yhteiskunnan tuki, ongelman ratkaisun taidot, konfliktien ratkaiseminen ja riita-asioiden väkivallaton käsittely, henkilökohtaiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja uskonnolliset uskomukset, jotka eivät rohkaise itsemurhaan ja tukevat itsesuojeluvälistä, itsemurhavälineiden saannin rajoittaminen ja avun hakeminen sekä laadukkaan hoidon saaminen mielenterveydellisissä ja fyysisissä sairauksissa. (WHO 2012c: 14.) Yksittäisten riskitekijöiden puuttumisen tai olemassaolon vuoksi ei voida kuitenkaan arvioida itsemurhan riskiä (Suominen – Valtonen 2013).

Nopea hoitoon pääsy oikeaan aikaan vähentää itsemurhariskiä (WHO 2014: 32). Potilaan itsemurha ajatuksia ja niiden kestoa sekä itsemurhasuunnitelmaa ja tukiverkostoa tulee kartoittaa hoitoon tultaessa ja arvioitaessa potilaan tarvitsemaa hoitopaikkaa. On myös selvitettävä onko potilaalla psykiatrisia sairauksia ja niiden diagnosointi on tärkeää. (Suominen – Valtonen 2013a.) Itsemurhariskin arvioinnin apuvälineen käytetään esim. Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS) jossa on kysymyksiä itsemurha-ajatuksista ja niiden intensiteetistä, sekä itsemurhakäyttäytymisestä (Itsemurhariskin arviointiasteikko, C-SSRS, 2009).

Hoitavien sairaanhoitajien tulee tunnistaa omat tunteensa potilaita kohtaan, jotta voidaan tehokkaasti hoitaa potilaita, jotka vahingoittavat itseään itsemurhaan tähtäämättä. Sairaanhoitajien tulee opetella hoitamaan itsetuhoisia potilaita kliinisesti ja ymmärtää heidän negatiivista käyttäytymistä ja käyttää tehokasta kommunikointia auttaakseen potilaita saavuttamaan heidän parhaan mahdollisen hyvinvoinnin. Hoitotyön ammattilaisten henkilökohtaisia tuntemuksia itsetuhoiselle käytökselle, joka ei tähtää itsemurhaan, voivat olla uteliaisuus, shokki, inho ja konfliktit liitettynä uskonnollisiin uskomuksiin. Vasta kun sairaanhoitajat ovat tunnistaneet ja ymmärtäneet omat tuntemuksensa, voivat he etäännyttää itsensä tunteellisuudesta ja hoitaa potilaita tehokkaasti. (Kameg ym. 2012: 169.)

Hoidon tulee olla tiivistä, aktiivista ja toivon välittäminen potilaalle on tärkeää (Suominen – Valtonen 2013a). Tehokas hoito edellyttää, ymmärrystä siitä, ettei itsetuhoisen käyttäytyminen ole pelkästään huomionhakuisuutta tai itsetuhoistakäyttäytymistä, vaan usein keino helpottaa sietämätöntä oloa tai stressiä. Eri terapiamuodot voivat olla hyödyllisiä itsetuhoisen potilaan hoidossa. Psykososiaalisten hoitojen avulla potilas voi oppia tunnistamaan syitä itsensä vahingoittamiselle. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja dialektisen käyttäytymisterapian avulla potilaat voivat oppia uusia selviytymiskeinoja, hallitsemaan impulsiivista toimintaa ja tunteiden säätelyä, jonka jälkeen he pystyvät paremmin ilmaisemaan pahaa oloaan oikeilla tavoilla. (Kameg ym 2012:171.) Itsetuhoisuuteen ei ole lääkkeellistä hoitoa, mutta jos potilaalla on jokin psykiatrinen sairaus, on sen hoitaminen tärkeää (Kameg ym 2012:171; Suominen – Valtonen 2013).

Akuutissa hoidossa itsetuhoisuuden ehkäisyn apuna voidaan käyttää psykoedukaatioita, jossa voidaan kertoa varoitusmerkeistä ja puolustuskeinoista tai kognitiivista terapiaa potilaille, joilla on korkea itsetuhoisuus riski. Varoitusmerkkejä voivat olla esimerkiksi ajatukset, tunteet, mielikuvat tai tapahtumat. Perheen jäsenet tai muu sosiaalinen tuki on hyvä ottaa huomioon esimerkiksi psykoedukaatiossa, varsinkin jos potilas on lapsi tai nuori. Perhe ja muut läheiset voivat myös auttaa potilasta jos hänelle tulee itsetuhoisia ajatuksia. (Chesin – Stanley 2013: 4, 6.)

Työskentely itsetuhoisten henkilöiden kanssa voi terveysalan ammattilaisille olla turhauttavaa. Motivoiva haastattelu voi toimia tahallisen käyttäytymisen muuttamiseen tehokkaana välineenä kommunikaation edistämiseksi niiden potilaiden kanssa, jotka ovat sitoutuneet itsensä satuttamiseen. (Kameg ym. 2012:170.) Motivoivaa haastattelua käytetään potilaan muutosmotivaation herättelyyn. Sillä myös tuetaan potilaan muutosproses-

sia. Motivoivalla haastattelulla pyritään vahvistamaan potilaan sisäistä motivaatiota muutokseen. Puhekäytänteet ja vuorovaikutus korostuvat motivoivassa haastattelussa. Potilasta kannustetaan muutokseen ja ottamaan vastuuta siitä. On tärkeää että potilasta kunnioitetaan hänen päätöksissään ja tuetaan niissä. Potilaalla itsellään on oikeus valita muutostavoitteensa ja sitä tulee hoitajan kunnioittaa. (Haarala, Päivi – Honkanen, Hilikka – Mellin Oili-Katariina – Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008: 141.) Avain itsetuhoisen ihmisen haastattelemiselle on tunnistaa potilaiden ambivalenssi eli vastakkaisten tunteiden, ajatusten tai asenteiden samanaikainen esiintyminen kohti muutosta. Ihmiset, jotka ovat sitoutuneet vahingoittamaan itseään, täyttävät itsensä vahingoittamisella rauhoittumisen tarpeen, hakevat huomiota tai säätelevät tunteita. Edellä mainittu palvelee potilasta ja on epätodennäköistä, että he haluavat muuttavat toimintaa. Motivoiva haastattelu on suunniteltu auttamaan ihmisiä työstämään heidän ambivalenssiaan muutoksessa. Sairaanhoidajan tulee olla hyväksyvä, voimaannuttava, tukeva eikä vastakkainasettelevä, jotta motivoiva haastattelu on hyödyllinen. (Kameg ym. 2012: 170.)

5.5 Pelin arviointi

Korttien kehittämisen jälkeen mielialapeli pilotoitiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojakson käyvillä opiskelijoilla, sekä kerättiin pelaajilta ja opintojakson opettajalta paikan päällä palautetta mielialapelistä kyselylomakkeella. Mielialapeli pilotoitiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön tunnilla. Opiskelijat olivat kahdessa viiden hengen ryhmässä ja yhdessä neljän hengen ryhmässä. Peliakaa oli 20 minuuttia, josta 5 minuuttia oli varattu palautteen kirjoittamiselle. Opintojakson opettaja oli määritellyt ryhmien koon ja peliajan. Ennen pelien alkamista opiskelijoille kerrottiin mielialapelin kehittämisestä ja palautteiden keräämisestä. Opiskelijoille informoitiin myös, että palautteet kerätään anonymisti. Jokaiselle ryhmälle kerrottiin suullisesti ennen mielialapelin pelaamisen aloittamista pelin eteneminen ja ohjeet. Pelaajilla oli myös mahdollisuus lukea säännöt kirjallisena. Palaute kyselylomakkeita annettaessa korostettiin jokaiseen kysymykseen rehellisesti vastaamisen tärkeyttä.

Opiskelijoita oli poissa useampi, joten palautteita ei saatu kuin 14 opiskelijalta ja 1 opettajalta. Palautteet analysoitiin ja niiden saamia tuloksia verrattiin aikaisempien palautteiden saamiin tuloksiin. Yksi opiskelija jätti vastaamatta yhteen palautteessa olleeseen kysymykseen, muuten kaikki palautteen antajat vastasivat kaikkiin kolmeen kysymykseen.

Mikä pelissä oli hyvää –yläluokan alaluokkia tuli kuusi, *Miten peli edisti oppimista* –yläluokan alaluokkia tuli kuusi ja *Miten peliä voisi kehittää* –yläluokan alaluokkia tuli kaksi. Vastaustulokset on kuvattu taulukoissa 2,3 ja 4.

Taulukko 2. Mikä pelissä oli hyvää vastausten tulokset.

Mikä pelissä oli hyvää?	
Alaluokka	Vastaajat
Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto	a, b, c, d, e, h, i, m, n, o
Lähteisiin liittyvä tieto	a, d, i, j, n, o
Pelaamiseen liittyvä tieto	c
Oppimiseen liittyvä tieto	f
Kysymyskortteihin liittyvä tieto	g, j, l
Pelin herättämään keskusteluun liittyvä tieto	k

Taulukko 3. Miten peli edisti oppimista vastausten tulokset.

Miten peli edisti oppimista?	
Alaluokka	Vastaajat
Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto	a, b, e, h, k, l, m, n
Uuden oppimiseen liittyvä tieto	c, d, g
Oppimisen edistymiseen liittyvä tieto	f, i, l
Opettavaiseen keskusteluun liittyvä tieto	g
Kysymyskortteihin liittyvä tieto	j, o
Lähteisiin liittyvä tieto	j

Taulukko 4. Miten peliä voisi kehittää vastausten tulokset.

Miten peliä voisi kehittää?	
Alaluokka	Vastaajat
Korttien kehittämiseen liittyvä tieto	a, b, c, e, f, g, h, i, j, k, o
Ohjeiden muuttamiseen liittyvä tieto	d, e, f, l, n

Pilotointia oli havainnoimassa molemmat pelin kehittäjät. Havainnointi tapahtui ilman osallistumista ja pelaajat tiesivät havainnoitsijoiden läsnäolosta. Molemmat pelin kehittäjät kirjoittivat erikseen havainnointeja pilotoinnista ja pilotoinnin jälkeen havaintoja verrattiin. Molemmat pelin kehittäjät havainnoivat samoja asioita. Pilotointia seurattiin vähän kauempaa, mutta kuitenkin siten, että havainnoitsijat kuulivat pelaajien välisen keskustelun.

Pelaamista havainnoitaessa huomattiin sekä kriittisiä kohtia pelissä että ryhmätyöskentelyn etuja, joita myös tukivat pelaajien antamat palautteet. Havainnoitaessa huomattiin ryhmien olevan liian isoja pelaikaan nähden, tähän vaikutti myös se, että osa pelaajista otti kysymykset liian kirjaimellisesti, esimerkiksi terapia ei käynyt vastaukseksi kysymykseen, jonka vastauksena oli psykososiaaliset hoitomuodot. Tämän vuoksi osa pelaajista pohti vastauksiaan erittäin pitkään. Pelaajien keskustelun mukaan pelin etenemistä olisi nopeuttanut, jos vastaukset olisivat olleet monivalintamuodossa tai kysymyksissä olisi mainittu, montako vastausta kysymykseen halutaan. Pelaajien kesken syntyi myös keskustelua pelin ohjeista, pelaajat puhuivat uuden heittovuoron säännöistä ja siitä kuinka se pitkitti yhden pelaajan pelivuoroa. Peli synnytti myös keskustelua ja pohdintaa aihealueista esimerkiksi pelaajien arvioidessa toistensa vastauksia. Peliä mahdollisesti hidasti ja vaikeutti se, että havainnoitsijat huomasivat, etteivät pelaajat olleet riittävästi opiskelleet pelin aihealueisiin liittyvää tietoa. Pelaajat eivät esimerkiksi osanneet määrittellä suoran ja epäsuoran itsetuhoisuuden eroa.

Pilotoinnin ja tulosten analysoinnin jälkeen kehitetyn mielialapelin pilotoinnin palautteita verrattiin alkuperäisen pelin palautteisiin. Alkuperäisen sekä pilotoinnin palautteiden epäkohdat ja kehittämistehtävät esitettiin taulukkona.

Taulukko 5. Palautteiden epäkohdat ja kehittämisehdotukset

Alkuperäisten palautteiden epäkohdat /kehittämisehdotukset	Pilotoinnin palautteiden epäkohdat /kehittämisehdotukset
<ul style="list-style-type: none"> • Kysymykset perustuivat liikaa lääketieteelliseen tietoon, hoitotyön näkyvyyttä tulisi lisätä. • Kysymykset olivat vaikeasti tulkittavia, joko liian pikkutarkkoja tai liian laajoja • Eettisyyden näkyvyys oli puutteellista. • Vain murto-osassa korteista oli lähteet merkitty. Tämän vuoksi korttien luotettavuus kärsi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Osa korttien kysymyksistä/vastauksesta edelleen liian laajoja. Vastauksia tulisi jotenkin rajata ja korttien sisältöä muokata. • Pelin kulkua voisi nopeuttaa tekemällä muutoksia ohjeisiin.

6 Pohdinta

Tällä kehittämistyöllä pyrittiin lisäämään hoitotyöalan opiskelijoiden tietoa aihealueista ja antamaan vaihtoehtoinen opetusmenetelmä, jota opettajat voivat opetuksessa hyödyntää. Mielialapelin pelaaminen on kätevä tapa oppia ja vuorovaikutus korostuu pelaessa.

Opinnäytetyön aloittamisessa ja suunnittelussa käytettiin paljon aikaa perehtymällä toiminnallisen opinnäytetyön tekemiseen ja aihealueisiin. Tämän opinnäytetyön menetelmät katsottiin juuri tähän kehittämistyöhön soveltuviksi. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin kerättyä opinnäytetyön kannalta oleellinen tieto, kyselylomake oli esimerkiksi haastattelua käytännöllisempi ajankäytön vuoksi ja havainnoimalla saatiin käytännön tietoa mielialapelin pelaamisesta, sekä lisättiin kyselylomakkeen luotettavuutta. Kyselylomaketta ei muutettu alkuperäisestä kyselylomakkeesta, koska kehitetyn mielialapelin pilotoinnin tuloksia haluttiin verrata alkuperäisen pelin saamiin palautteisiin. Tämän avulla nähtiin missä asioissa pelin kehittämisessä onnistuttiin, sekä saatiin hyödyllistä tietoa mielialapelin jatkokehittämiseen. Palautteen antajat saivat omilla sanoilla vastata kyselylomakkeisiin, mutta tarkempaa kyselylomaketta käyttämällä olisi mahdollisesti voitu saada tarkempaa tietoa mielialapelistä ja sen hyödyllisyydestä, sekä tulosten analysointi olisi ollut nopeampaa ja selkeämpää. Tämän opinnäytetyön tarkoitus toteutui, koska konkreettinen mielialapeli saatiin aikaiseksi. Tulosten perusteella opiskelijat oppivat mielialapelin avulla. Opinnäytetyöllä asetetuissa kehittämistehtävissä onnistuttiin. Kuitenkin pilotoinnin tulosten perusteella mielialapeliä tulee jatko kehittää.

Tämä opinnäytetyö tehtiin parityönä. Opinnäytetyöstä suurin osa tehtiin yhdessä, mutta joitakin osa-alueita jaettiin, esimerkiksi toinen tekijöistä kirjoitti kirjallisuuskatsauksen massenusuuden ja toinen kaksisuuntainen mielialahäiriö -osuuden. Kuitenkin niin, että lähteet käytiin yhdessä läpi. Molemmat kävivät myös huolellisesti toistensa kirjoittamat osiot läpi ja niitä muokattiin yhdessä. Koko prosessin ajan opinnäytetyön tekijät olivat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja ohjaavaa opettajaa pidettiin ajan tasalla opinnäytetyön etenemisestä sekä siihen käytetyistä lähteistä. Opinnäytetyö eteni aikataulun mukaisesti, opinnäytetyö aloitettiin syksyllä 2014 ja saatiin päätökseen huhtikuussa 2015. Kaikkiin opinnäytetyötä koskeviin seminaareihin osallistuttiin ja vähintään toinen tekijöistä oli aina mukana ryhmätapaamisissa.

6.1 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Kaikkia kehittämistöitä ohjaa hyvä tieteellinen käytäntö. Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava vain, jos hyvää tieteellistä käytäntöä on noudatettu ja hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia vältetty. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia tutkimusetiikan näkökulmasta ovat rehellisyys ja tarkkuus sekä tulosten esittämisessä että tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Tämä opinnäytetyö on pyritty suunnittelemaan, toteuttamaan ja raportoimaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tulokset kerättiin, esitettiin ja arvioitiin rehellisesti ja ne raportoitiin kirjallisesti. Kirjallisesta raportista näkyy kuinka mikäkin kehittämistyön vaihe tehtiin.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukseen osallistuvat osapuolet ovat yhteisymmärryksessä sopineet tutkimusta koskevista oikeuksista, periaatteista, aineistojen säilyttämisestä ja käyttöoikeuksista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Ennen opinnäytetyön toteutusta kehittäjät allekirjoittivat laajan sopimus pohjan, jossa luovuttiin kaikista oikeuksista kehittämistyön käyttöön ja myyntiin liittyen ja kaikki oikeudet annettiin Metropolia Ammattikorkeakoululle. Erillistä tutkimuslupaa opinnäytetyön tekemiseen ei tarvittu, koska kyseessä oli oman ammattikorkeakoulun opetuksen kehittäminen.

Tämän opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttivat tekijöiden rehellisyys, käytetyn tiedon luotettavuus, sekä raportointi. Kehitetyn mielialapelin luotettavuuteen vaikutti korttien kehittämiseen käytetyn tiedon luotettavuus. Tässä opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan rehellisyyttä kaikissa opinnäytetyön vaiheissa.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttivat käytettyjen lähteiden tuoreus ja luotettavuus sekä tutkimusten määrä. Opinnäytetyötä tehdessä lähdekritiikki on välttämätöntä. Lähteiden valinnassa tulee ottaa huomioon lähteen ikä ja laatu, sekä uskottavuus. (Vilka - Airaksinen 2003: 72.) Lähteinä pyrittiin käyttämään mahdollisimman ajankohtaisia ja tutkimustietoon perustuvia tutkimuksia ja katsauksia. Tietoa pyrittiin käyttämään totuudenmukaisesti ja plagiointia välttämällä. Tähän opinnäytetyöhön valittiin vain vuonna 2002 tai sen jälkeen julkaistuja tutkimuksia ja katsauksia. Tutkimusten luotettavuuteen vaikutti tutkimuksiin osallistuvien määrä ja tutkimusmenetelmä. Kaikista käytetyistä läh-

teistä merkittiin lähdeviitteet ja kaikki käytetyt lähteet pyrittiin merkitsemään asianmukaisesti lähdeluetteloon. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen alentavasti on voinut vaikuttaa tekijöiden tieteellisen tutkimuksen lukemisen taito ja ymmärtäminen.

Palautteiden luotettavuuteen vaikutti palautteiden määrä ja vastaajien rehellisyys. Mieli-alapeliä testattiin vain yhdellä luokalla ja palautteita saatiin vain 15 kappaletta. Palaute ei tämän vuoksi välttämättä ollut luotettavaa. Palautteen luotettavuuteen saattoi myös vaikuttaa havainnoitsijoiden läsnäolo. Palautteiden sisällöt ja havainnoinnin tulokset raportoitiin rehellisesti vääristelemättä tuloksia. Havainnoinnin luotettavuuteen vaikuttivat havainnoitsijoiden määrä. Palautteiden ja havainnoinnin tuloksia verrattaessa huomattiin, että palautteissa oli mainittu samoja asioita, joita havainnoitsijat olivat huomanneet.

6.2 Kehittämisehdotukset

Mielialapelin pilotoinnin tulosten perusteella peliä tulee kehittää edelleen. Kehittämisehdotukset koskevat pelin kulkua, korttien sisältöä, ohjeita ja visuaalista ilmettä.

Pelin kulkua voisi nopeuttaa muuttamalla ohjeita lisäämällä peliin vastausajan aikarajoituksen, esimerkiksi tiimalasin. Jos pelaaja ei ole osannut vastata oikein vastausajassa, annetaan muille pelaajille mahdollisuus vastata. Jokaisesta oikeasta vastauksesta voisi saada pisteen ja pelin päättyessä eniten pisteitä saanut voittaa. Uudelleenheittovuoron poistuessa pelin eteneminen nopeutuisi ja vastausvuorot siirtyisivät pelaajalta toiselle nopeammin. Pelin etenemisen kannalta pelaajien lukumäärä on otettava huomioon. Yli neljän hengen ryhmät hidastavat pelin kulkua ja siksi ryhmien tulisi olla pienempiä.

Kysymyskorttien kysymyksiin voisi lisätä haluttujen vastauksien määrän, esimerkiksi *mainitse kolme* ja kysymyskorttien vastauksiin merkintä *esimerkiksi*. Monivalintakortteja voisi tehdä enemmän, tällöin vastaaminen olisi helpompaa ja nopeampaa.

Luotettavuuden vuoksi korttien lähteitä voisi olla useampia. Useampia lähteitä ei mahtunut kortteihin, joten lähdeluettelon voisi lisätä peliin erikseen ja kortteihin merkitä vain lähdeviitteet. Tämä voisi myös aktivoida opiskelijoita selvittämään tiedon alkuperän.

Materiaaleja pelilaudan visuaaliseen kehittämiseen ei ollut riittävästi rahoituksen puutteen vuoksi. Pelikortteihin ja pelilautaan voisi käyttää vahvempia materiaaleja ja painatuksia.

6.3 Oma ammatillinen oppiminen

Opinnäytetyö tehtiin parityöskentelynä. Parityöskentelyssä on puolensa ja puolensa. Joskus aikatauluja oli vaikea saada sopimaan yhteen ja se hankaloitti etenemistä. Parityöskentelyn hyviä puolia nousi paljon esille. Esimerkiksi ajatusten jakaminen parin kanssa kehitti työskentelyä ja teki tuottamisesta hedelmällisempää. Joskus omalle tekstilleen tuli sokeaksi ja kun toinen kävi tekstin läpi, saattoi esille nousta uusia huomioita. Tukea annettiin puolin ja toisin, kun jommallekummalle tuli heikko hetki. Parityöskentely kehitti myöskin päätöksen ja kompromissien tekoa. Aina asioista ei oltu samaa mieltä, mutta yhteisymmärryksessä saatiin kuitenkin päätökset tehtyä.

Opinnäytetyön tekeminen kasvatti kumpaakin kirjoittajana ja lukijana. Tekstin asettelua ja sisältöä muutettiin useaan kertaan. Se opetti johdonmukaisempaan kirjoittamiseen. Tiedonhaku ja tieteellisten tutkimusten lukeminen ja ydinasioiden löytäminen oli varsinkin alussa erittäin hankalaa. Kuitenkin opinnäytetyön edetessä tieteellisten tekstien lukeminen ja ydinasioiden löytäminen kehittyi. Ohjaustapaamiset ohjaajan kanssa ja seminaareihin osallistuminen auttoivat ja ohjasivat kirjoittamista sekä ajattelun kehittymistä. Myös työpajoihin osallistuminen vahvisti omaa ammatillista osaamista.

Lähteet

Ammattikorkeakoululaki 932/2014. Suomen säädöskokoelma 2014. Oikeusministeriö. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/ammattikorkeakoulu_uudistus/Liitteet/amk-laki.pdf> . Luettu 9.1.2015.

Chesin, Megan – Stanley, Barbara 2013. Risk assessment and psychosocial interventions for suicidal patients. *Bipolar disorders*. 15 (5). 584-593.

Crowe – Whitehead – Carlyle – McIntosh – Jordan – Joyce – Carter 2012. The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to formulate the problem. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19. 681-689.

Cyrzyk, Tomasz 2013. Electroconvulsive therapy: why it is still controversial. *Mental health practice*. 16 (7). 22-27.

Davis, Jenny 2013. Modelling as a strategy for learning and teaching in nursing education. *Singapore Nursing Journal*. 40 (3). 5-10.

Euroopan parlamentin ja Neuvoston direktiivi 2005/36/EY. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.08.2008.<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONS-LEG:2005L0036:20080821:FI:PDF>>. Luettu 30.10.14

Essau, Cecilia – Lewinsohn, Peter – Steeley, John – Sasagawa, Satoko 2010. Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders*. 127. 185-190.

Gilfillan, David – Parker, Gordon – Sheppard, Elizabeth – Manicavasagar, Vijaya – Paterson, Amelia – McCraw, Stacey 2014. Is cognitive behaviour therapy of benefit for melancholic depression? *Comprehensive Psychiatry*. 55 (4). 856-860. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S0010440X13003830?np=y>>. Luettu: 29.1.2015.

Goossens, Peter J. J. – Beentjes, Titus Andreas Adrianus – de Leeuw, Jacqueline Antoinetta Maria – Knoppert-van der Klein, Elise Alida Maria – van Achterberg, Theo 2008. The nursing of outpatients with bipolar disorder: what nurses actually do? *Archives of Psychiatric Nursing*. 22 (1). 3-11.

Goossens, Peter J.J. – van Achterberg, Theo – Knoppert-van der Klein, Elise A.M 2007. Nursing processes used in treatment of patients with bipolar disorder. *International journal of mental health nursing*. 16 (3). 168-177.

Haarala, Päivi – Honkanen, Hilka – Mellin Oili-Katariina – Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus. Helsinki.

Haukka, Jari 2008. Itsemurhayrityksen uusimisriski säilyy hälyttävän suurena sairaalasta kotiutumisen jälkeen. *Kansanterveyslaitos*. Verkkodokumentti.<<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102457/kansanterveys408.pdf?sequence=1>>. Luettu 23.3.2015.

Heiskanen, Tarja – Huttunen, Matti O. – Tuulari, Jyrki (toim.) 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hiltunen, Laura 2014. Completed and attempted suicides in relation to weather and daylight in Finland. Register based study from 1969 to 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/116769>>.

Hummellvol, Jan Kåre – Severinsson, Elisabeth 2002. Nursing staff' perceptions of person suffering from mania in acute psychiatric care. Journal of advanced nursing. 38(4). 416-424.

Huttunen, Matti 2014a. Tietoa potilaalle: Kaamosmasennus. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 14.9.2014. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus>. Luettu 23.2.2015.

Huttunen, Matti 2014b. Tietoa potilaalle: Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 16.9.2014. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus>. Luettu 23.2.2015.

Huttunen, Matti 2014c. Tietoa potilaalle: Synnytyksen jälkeinen masennus. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu: 16.9.2014. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus>. Luettu 23.2.2015.

Hyypönen, Olli – Linden, Satu 2009. Opettajan käsikirja – opintojakson rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja opiskelun tuen julkaisuja 4/2009. Espoo: Teknillinen korkeakoulu. Verkkodokumentti. <<http://www.joki-helmenopisto.fi/files/Opettajan-kasikirja.pdf>>. Luettu 20.09.2014.

Isometsä, Erkki 2014. Suicidal Behaviour in Mood Disorders – Who, When, and Why? Canadian Journal of Psychiatry. 59 (3). 120-130.

Isometsä, Erkki – Suominen, Kirsi – Mantere, Outi – Valtonen, Hanna – Leppämäki, Sami – Pippinsgköld, Marita– Arvilommi, Petri 2003. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. BMC Psychiatry. 3 (8). Julkaistu 10.7.2003.

Itsemurhariskin arviointi asteikko (C-SSRS) 2009. Versio 14.1.2009. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50076f.pdf>>. Luettu 25.2.2015.

Jann, Michael 2014. Diagnosis and treatment of bipolar disorder in adults: a review of the evidence on pharmacologic treatments. American health and drug benefits. 7 (9). 489-499. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296286/>>. Luettu 10.2.2015.

Johnson, Lars – Lundström, Ola – Åberg-Wistedt, Anna – Mathe, Aleksander A 2003. Social support in bipolar disorder: it's relevance to remission and relapse. Bipolar disorders. 5 (2). 129-137. Julkaistu 7.4.2003.

Jönsson P.D - Wijk H. -Skärsäter I. - Danielson E. 2008. Persons living with bipolar disorder-their view of the illness and future. Issues in Mental Health Nursing. 29 (11). 1217-1237.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito –suositus. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.6.2013.<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076>>. Luettu 7.10.2014.

Kameg, Kirstyn M. – Woods. Audra Spencer – McCormick, Marcy 2012. Identifying and managing nonsuicidal self-injurious behavior in the primary care setting. Journal of American academy of nurse practitioners. 25 (4). 167-172. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1745-7599.12006/full>>. Luettu 24.2.2015.

Keks, Nicholas A. – Hill, Christine – Sundram, Suresh –Graham, Annette - Bellingham, Kylee – Dean, Brian – Opekin, Ken – Dorissa, Arrigo – Copolov, David L. 2009. Evaluation of treatment in 35 cases of bipolar suicide. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 43 (6). 503-508.

Kilbourne, Amy M. – Goodrich, David E.– O'Donnel, Allison N. – Miller, Christopher J. 2012. Integrating bipolar disorder management in primary care. 14 (6). 687-695. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492519/#R4>> Luettu 17.2.2014.

Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Kanerva, Anne – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2012. 1. – 2 painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Kuosmanen, L – Vuorilehto, M – Kumpuniemi, S – Melartin, T 2010. Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 17. 554-557.

Käypä hoito –suositus. Depressio. Verkkodokumentti. Julkaistu 29.9.2014. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=F15FCA5F603917A95FCEA9B796509F57?id=hoi50023>> Luettu 7.10.2014

Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) 2014. Psykiatria. 11., uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Kevään 2013 nuorten yhteishaku: hakijat, aloituspaikat. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.8.2013. <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Hakutoimisto/syksy_2013_nuko/SOTE.pdf>. Luettu 7.10.2014

Metropolia 2014. Sairaanhoidaja tutkinnon opetussuunnitelma. Verkkodokumentti. <<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/16183/fi/70320/SXO14S1/year/2014>>. Luettu 23.9.2014.

Mielenterveyslaki § 8. Hoitoon määräämisen edellytykset. 14.12.1990/1116. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>>. Luettu 9.1.2015.

Milkowitz, David J. 2006. A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. The Journal of Clinical Psychiatry. 67(11). 28-33.

Miller, Shefali – Dell'Oso Bernardo – Ketter, Terence A. 2014. The prevalence and burden of bipolar depression. Review. Journal of Affective disorders. 169. 3-11.

O'Donovan, A 2007. Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurse working with non-suicidal self-harming individuals. Journal of psychiatric and mental health nursing. 14 (1). 64-71.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. Ammattikorkeakoulut. Verkkodokumentti. <<http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/ammattikorkeakoulut/?lang=fi>> .Luettu > Luettu 9.1.2015.

Opetusministeriö ja kulttuuriministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Verkkodokumentti. <<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>> . Luettu 9.1.2015.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2013. Ammattikorkeakoulujen toimilupien myöntäminen. Muistio. Verkkodokumentti. Päivitetty 2.12.2013. < http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/ammattikorkeakoulu_uudistus/toimiluvat/pxtxkset/perustelumuistio.pdf> . Luettu 9.1.2015.

Parrish, Evelyn – Peden, Ann – Staten, Ruth 2008. Strategies Used by Advanced Practice Psychiatric Nurses in Treating Adults With Depression. *Perspect Psychiatric Care*. 44 (4). 232-240. Verkkodokumentti.<<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=89e68d16-57e5-4b72-a296-89cb956718e4%40sessionmgr4002&vid=27&hid=4214>> . Luettu 20.2.2015.

Partanen, Airi – Moring, Juha – Nordling, Esa – Bergman, Viveca 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Yliopistopaino. Verkkodokumentti. <<http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/80006/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71.pdf?sequence=1>>. Luettu 20.09.2014.

Peda.net – kouluverkko 2004. Opetusmenetelmistä. Jyväskylän Yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Verkkodokumentti. <<http://www.peda.net/img/portal/231636/opetmen.doc>> . Luettu 2.11.2014.

Proudfoot, Judith – Parker, Gordon – Benoit, Megan – Manicavasagar, Vijaya – Smith, Meg – Gayed, Aimee 2009. What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Health Expectations*. 12 (2). 120-129. Julkaistu 2.2.2009.

Pulkkinen, Satu – Vesanen Päivi 2014a. Itsemurhavaarassa olevan potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Julkaistu 9.9.2014. Verkkodokumentti. < http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=itsemurha>

Pulkkinen, Satu – Vesanen, Päivi 2014b. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Sairaanhoidajan käsikirja. Julkaistu 9.9.2014.< http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03505&p_haku=tahdonvastainen%20psykiatrinen%20hoito>. Luettu 16.2.2015.

Pulkkinen, Satu – Vesanen, Päivi 2014c. Tahdonvastainen psykiatrinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Julkaistu 9.9.2014. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03505&p_haku=tahdonvastainen%20psykiatrinen%20hoito> Luettu 20.2.2015.

Rouvinen, Kirsi 2011. Masentunut potilas sairaanhoitajan vastaanotolla. Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet. Sairaanhoitajan käsikirja. Julkaistu 12.10.2011. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus>. Luettu 23.2.2015.

Royse, Mary. A – Newton, Sarah. E 2007. How Gaming Is Used as an Innovative Strategy for Nursing Education. Nursing Education Perspectives. 28(5). 263-267.

Russell, Sarah – Brown, Jan 2005. Stayin well with bipolar disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 39(3). 187-193.

Sadeniemi, Minna – Aer, Juhani – Jänkälä, Kirsi – Sorvaniemi, Marko – Stenberg, Jan-Henry 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Opas sairastuneille ja heidän omaisilleen. Helsinki: Oy Duodecim ja tekijät.

Suomen mielenterveysseura n.d. a. Masennukseen saa tehokasta hoitoa. Verkkodokumentti. <<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/masennukseen-saa-tehokasta-hoitoa>>. Luettu 23.2.2015.

Suomen mielenterveysseura n.d. b. Miten hoidat masennusta. Verkkodokumentti. <<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/masennus/miten-hoidat-masennusta>>. Luettu 23.2.2015.

Suominen, Kirsi – Valtonen, Hanna 2013a. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 129(8). Verkkodokumentti. <http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10929>

Suominen, Kirsi – Valtonen, Hanna 2013b. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja hoito. Suomen lääkärilehti. 39. Verkkodokumentti. <http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto39_2.pdf>. Luettu 12.2.2015.

THL 2014. Beckin depressiokysely 21-osioinen (kliininen käyttö). TOIMIJA tietokanta. Julkaistu 7.4.2014. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/157/>> Luettu 23.2.2015.

THL 2013. GDS-15, Myöhäisiä depressioseula. TOIMIJA tietokanta. Päivitetty 15.1.2013. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>> Luettu 23.2.2015.

THL 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1>. Luettu 16.12.2014.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 18.12.2014.

Valtonen, H. M – Suominen, K –Mantere, O – Leppämäki, S – Arvilommi, P – Iso-metsä, E 2005. Suicidal ideation and attempts in bipolar 1 and 2 disorders. The Journal of Clinical Psychiatry. 66(11). 1456 – 1462.

Van de Velde, Sarah – Bracke, Piet – Leveque, Katia 2010. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. Social Science & Medicine. 71(2). 305-313. Verkkodokumentti. <<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S0277953610002844?np=y> > .Luettu: 29.1.2015.

Vilkka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

WHO 2014. Mental health. Suicide data. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ >. Luettu 2.11.2014.

WHO 2012a. Depression. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs369/en/>>. Luettu 23.2.2015.

WHO 2012b. Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. Julkaistu 9.10.2012. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/>. Luettu 23.2.2015.

WHO 2012c. Public health action for the revention of suicide. A framework. Verkkodokumentti. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1 >. Luettu 24.2.2015.

WHO 2014. Preventing suicide. A global imperative. Verkkodokumentti.. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1 >. Luettu 24.2.2015.

WHO n.d. Psychoeducation, family interventions and cognitive-behavioural therapy. Verkkodokumentti.<http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/q10/en/ >.. Luettu 18.2.2015.

WHO 2001. Mental disorders affect one in four people. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/>. Luettu 20.2.2015.

Yatham, L.N. – Kennedy, S.H. – Parikh, S.V. – Schaffer, A. – Beaulieu, S. – Alda, M. - O'Donovan, C. – MacQueen, G. – MacIntyre, R.S. – Sharma, V. – Ravindran, A. – Young, L.T. – Milev, R. – Bond, D.J. – Frey, B.N. – Goldstein, B.I. – Lafer, B. – Birmaher, B. – Ha, K. – Nolen, W.A. – Berk, M. 2013. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Guidelines update. Bipolar disorder. Verkkodokumentti.<<http://www.canmat.org/resources/CANMAT%20Bipolar%20Disorder%20Guidelines%20-2013%20Update.pdf> > Luettu 15.2.2015.


Alkuperäisen mielialapelin ohjeet

Ohjeet

Pelin tarkoituksena on vastata oikein kysymyksiin ja päästä ensimmäisenä maaliin. Peliin tulee osallistua vähintään 2 pelaajaa ja enintään kuusi pelaajaa, paria tai joukkuetta.

Peli sisältää tavallisia kysymys-vastaus-, monivalinta- ja case-kortteja. Aihealueita on neljä: itsetuhoisuus, masennus, psykoottinen masennus ja bipolaarihäiriö. Kustakin aihealueesta on oma kysymyskorttipakkansa ja ne asetetaan pelilaudalle kysymyspuoli alaspäin, aihealueen symbolin osoittamalle paikalle.

Pelin aloittaa suurimman silmäluvun saanut pelaaja. Pelaaja heittää noppaa uudelleen ja etenee pelilaudalla silmäluvun verran. Oikealla puolella oleva pelaaja nostaa pelilaudan askelman väriä vastaavan kysymyskortin ja esittää kysymyksen vuorossa olevalle pelaajalle. Jos pelaaja vastaa oikein hän saa uuden heittovuoron, kuitenkin enintään 3 kertaa peräkkäin. Kolmen peräkkäisen vuoron tai väärän vastauksen jälkeen vuoro siirtyy seuraavalle pelaajalle.

Case-kortit ovat merkitty  symbolilla. Kun kysyjä nostaa case-kortin hän esittää kysymyksen normaalisti vuorossa olevalle pelaajalle. Jos Case tehtävän suorittamiseen tarvitaan kaksi henkilöä, on kysyjä aina toinen henkilö vastaus vuorossa olevan lisäksi. Case-korteissa vastausta arviovat muut pelaajat, jotka yhdessä päättävät kortissa annettujen kriteereiden perusteella, onko vastaus hyväksytty ja saako pelaaja uuden heittovuoron.

Jos joku muu ryhmäläisistä haluaa vuorossa olevan pelaajan jälkeen esittää oman vastausvaihtoehdon, saa hän sen tehdä. Tällöin hän voi päästä yhden askelman eteenpäin pelilaudalla, jos ryhmä päättää vastauksen olevan paremmin perusteltu, kuin vuorossa olevan pelaajan. Pelivuoro siirtyy kuitenkin normaalisti seuraavalle pelaajalle varastamisesta huolimatta.

***Auttamisen askeleet taitaa parhaiten se,
joka kipittää ensimmäisenä maaliin!***

Varokaa harha-askeleita ja onnea matkaan!

Kyselylomake

Auttamisen askeleet

o. Miten peli edisti oppimistasi?

2. Mikä pelissä oli hyvää?

o. Miten peliä voisi kehittää?

Palautteiden analysointitaulukot

Mikä pelissä oli hyvää?

Pääluokka	Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka
Mikä pelissä oli hyvää?	a. Idea selkeä, aihealueet olivat mielenkiintoisia, lähteet oli merkitty.	a. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto/ Lähteisiin liittyvä tieto
	b. Kivat jalkakuviot ja ulkonäkö. Kysymykset pistivät miettimään. Ryhmässä sai myös vastata ettei tarvinnut yksin miettiä.	b. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto
	c. Pelin keinoin on hauska oppia asioita.	c. Pelaamiseen liittyvä tieto
	d. Hauska toteutus (värit, esteettisyys) Kilpailuhengen ylläpitäminen hyvän keskustelun ohella. Kunnon peli fiilis ☺ Lähteet extra +++	d. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto/ Lähteisiin liittyvä tieto
	e. Vähän vaikeampia kysymyksiä, joissa joutui oikeasti miettimään ja soveltamaan teoria tietoa. Hyvä että oli lähteet. Siisti lauta jne.	e. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto
	f. Haastavat kysymykset. Huomasi että ei ollut ihan mestari pelaaja vaikka yleensä lautapeleissä tykkääinkin taktikoinnista yms. Tämän jälkeen taidan lukea tenttiin vielä ahkerammin ☺	f. Oppimiseen liittyvä tieto
	g. Mielenkiintoinen aihe, hyviä kysymyksiä. Hyvä, että rajattu oikeiden vastauksien määrä, ettei ekalla vuorolla maaliin pääse.	g. Kysymyskortteihin liittyvä tieto
	h. Se on informatiivinen, ulkoasu plussaa.	h. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto
	i. Selkeät säännöt, kiva pelilauta! Kysymysten lähteiden käyttö – näyttöön perustuvuus. Hyvä aiheiden jaottelu.	i. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto/ Lähteisiin liittyvä tieto
	j. Opettavat kysymykset ja lähteet.	j. Kysymyskortteihin liittyvä tieto/ Lähteisiin liittyvä tieto

	k. Oli mielenkiintoista keskustella mahdollisista vastauksista mutta se on taas tosi aikaa vievää. Eikä peli oikein etene.	k. Pelin herättämään keskusteluun liittyvä tieto
	l. Oli hyvä että muut saivat yrittää vastata oikein.	l. Kysymyskortteihin liittyvä tieto
	m. Peli on kivannäköinen, hyvä ja selkeät ohjeet, tosi hyvä on että kysymykset on eri kategorioista, ja pelissä tulee kisailun makua kun ”toisen vastauksen varastamis” –mahdollisuus. Peli sopisi tosi hyvin esim. ennen mielenterveys./psykiatrian tenttiä edeltäville tunneille.	m. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto
	n. Mukava tapa oppia ja jakaa ajatuksia. Selkeä toteutus ja rakenne. Lähteet vastausten taustalla, lisäävät luotettavuutta.	n. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto/ Lähteisiin liittyvä tieto
	o. Oppi asioita ja muistellee juttuja. Hyvin jaetut katekogat. Lähteet +	o. Pelin kokonaisuuteen liittyvä tieto/ Lähteisiin liittyvä tieto

Miten peli edisti oppimista?

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka
Miten peli edisti oppimista?	a. Peli sai ajattelemaan. Aiheita käsiteltiin monipuolisesti.	a. Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	b. Tuli sellaisia kysymyksiä joita piti oikeasti kunnolla pohtia ja muiden mietteet edistivät omia ajatuksia.	b. Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	Tuli mielenkiintoisia asioita; uusiakin.	c. Uuden oppimiseen liittyvä tieto
	d. Oppiihan sitä aina uutta ☺	d. Uuden oppimiseen liittyvä tieto
	e. Kai tästä jotain jäi mieleen ja oppi.	e. Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	f. Edisti oppimista todella hyvin! Ks alempi kysymys.	f. Oppimisen edistymiseen liittyvä tieto

	g. Vastauksista sai tietoa ja uutta oppia, jos jostain ei tiennyt. Voisi pidemmällä pelaamisella synnyttää hyvää keskustelua pelaajien kesken, mikä on opettavaista.	g. Uuden oppimiseen liittyvä tieto/Opettavaiseen keskusteluun liittyvä tieto
	h. Sai pohtimaan ja soveltamaan kirjasta luettua tietoa.	h. Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	i. Peli edistää yksityiskohtien ja kokonaiskuvien oppimista.	i. Oppimisen edistymiseen liittyvä tieto
	j. Hyviä kysymyksiä lähteineen.	j. Kysymyskortteihin liittyvä tieto/Lähteisiin liittyvä tieto
	k. Saa ajattelemaan ja pohtimaan asioita.	k. Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	l. Muiden tuomat vastaukset edesauttoivat omaa oppimista, jos ei itse osannut vastata. Peli herätti hyviä pohdintoja kaikissa...	l. Oppimisen edistymiseen liittyvä tieto/ Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	m. Pelissä tuli paljon tärkeitä ja tarkkoja kysymyksiä, jotka pistivät miettimään ja muistelemaan aiempia kursseja, tenttejä ja oppitunteja.	m. Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	n. Muistutti missä asioissa tarvitsee keräystä. Herättää ajatuksia ja keskustelua.	n. Ajattelun edistymiseen liittyvä tieto
	o. Hyviä kysymyksiä	o. Kysymyskortteihin liittyvä tieto

Miten peliä voisi kehittää?

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka
Miten peliä voisi kehittää?	a. Joissain kysymyksissä ei tiennyt mitä haettiin. Jotkut kysymykset laajoja, eikä tiennyt kuinka laajasti vastata. Kysymysten taso aika vaihteleva.	a. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto
	b. Vastausvaihtoehdot toisivat peliin järjestystä ja vastaajan olisi parempi ymmärtää mitä kysymyksessä haetaan.	b. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto
	c. Hitaasti etenee. Kompaktyyksen oloisia.	c. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto

	d. Jos vastaa oikein, ehkä 1 uusintaheitto riittää, kun muuten peli ei tunnu etenevän... Muuten kiva!	d. Ohjeiden muuttamiseen liittyvä tieto
	e. Jotkut kysymykset olivat vähän liian laajoja. Ohjeistukset vähän epätarkat; montako vastausta / esimerkkiä tulee antaa. Vastausvaihtoehdot voisivat olla a,b,c... kyllä/ ei	e. Korttien kehittämiseen/Ohjeiden muuttamiseen liittyvä tieto
	f. Siihen voisi lisätä värejä, esim pelilauta on nyt vielä vähän tylsän valkoinen. Olisiko mitään muita sivujuonteita kuin varastamismahdollisuus? Tai saisiko jotain toiminnallista kysymyksiin. Pelissä on hirveän monta askelta ja vähän muuttuu ehkä pitkäveitiseksi jos aina pelkkä kysymys ja avoin vastaus mahdollisuus...	f. Korttien kehittämiseen/Ohjeiden muuttamiseen liittyvä tieto
	g. Joku porkkana siihen, jos vastaa kolme oikein; esim. vuoro loppuu nopan heittoon ym. kysymyksiä lisää ettei lopu. Visuaalisuutta voi aina parantaa ;) (lauta,kortit)	g. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto
	h. Se etenee hitaasti. Vastaukset tulkinnan varaisia. Vastaus vaihtoehdot voisi helpottaa.	h. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto
	i. Jotkut vastaukset ovat hieman rajattuja, ja oikeita vastauksia voi olla myös muita. Voisiko kysymyksessä ilmaista että vastauksia on useita joista pyydetään esimerkkejä koko "listaa" tarvitse muistaa? (oikeista vastauksista)	i. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto
	j. Jotkin kysymykset olivat liian laajoja selkeäksi vastaukseksi.	j. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto
	k. Kysymykset ovat aika laajoja, eivätkä haetut vastaukset ole kovin yksiselitteisiä. Peliin saisi potkua antamalla vastausvaihtoehdot.	k. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto

	I.Olisi hyvä, että oikein vastatessa saisi uuden vuoron sijasta esim. edistyä kaksi askelta eteenpäin	I. Ohjeiden muuttamiseen liittyvä tieto
	-m	- m.
	n.Tarvitaan motivaatio 3. vuoron vastaukselle, esim. palkintoa kolmen oikean putkesta mahdollisuus "kiusata" toista pelaajaa siirtämällä häntä taaksepäin. Monitulkin- taiset kysymykset ja oikean vastauksen rajat epäselviä.	n. Ohjeiden muuttamiseen liittyvä tieto
	o. Täsmälliset vastaukset esim kaksi syytä tai vaihtoehtoa.	o. Korttien kehittämiseen liittyvä tieto

Mielialapelin kehitetyt ohjeet

Auttamisen askeleet OHJEET:

Pelin tarkoituksena on vastata oikein kysymyksiin ja päästä ensimmäisenä maaliin. Peliin tulee osallistua vähintään 2 pelaajaa ja enintään 5 pelaajaa, paria tai joukkuetta.

Peli sisältää tavallisia kysymys-vastaus-, monivalinta- ja pohdintakortteja. Aihealueita on kolme: **masennus**, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja **itsetuhoisuus**. Kustakin aihealueesta on oma korttipakkansa ja ne asetetaan pelilaudalle kysymyspuoli alaspäin, aihealueen symbolin osoittamalle paikalle.

Pelin aloittaa suurimman silmäluvun saanut pelaaja. Pelaaja heittää noppaa uudelleen ja etenee pelilaudalla silmäluvun verran. Oikealla puolella oleva pelaaja nostaa pelilaudan askelman väriä vastaavan kysymyskortin ja esittää kysymyksen vuorossa olevalle pelaajalle. Jos pelaaja vastaa oikein hän saa uuden heittovuoron, kuitenkin enintään kolme kertaa peräkkäin. Kolmen peräkkäisen vuoron tai väärän vastauksen jälkeen vuoro siirtyy seuraavalle pelaajalle.

Jos joku pelaajista haluaa vuorossa olevan pelaajan jälkeen esittää oman vastausvaihtoehdon, saa hän sen tehdä. Tällöin hän voi päästä yhden askelman eteenpäin pelilaudalla, jos ryhmä päättää vastauksen olevan paremmin perusteltu, kuin vuorossa olevan pelaajan vastaus. Pelivuoro siirtyy kuitenkin normaalisti seuraavalle pelaajalle varastamisesta huolimatta.

Auttamisen askeleet taitaa parhaiten se,
joka kipittää ensimmäisenä maaliin!

Tiedonhakutaulukko

Tietokannat	Hakusana(t)	Viitteet	Valitut artikkelit
CINAHL	suicide and "psychiatric nursing methods"	(2003-2015) 4	Examining the Efficacy of No-Suicide Contracts in Inpatient Psychiatric Settings: Implications for Psychiatric Nursing
CINAHL	"psychiatric nursing methods"	(1999-2015) 31	Strategies Used by Advanced Practice Psychiatric Nurses in Treating Adults With Depression
CINAHL	"the melancholic depression"	(2009-2014) 13	Is cognitive behaviour therapy of benefit for melancholic depression?
CINAHL	depress* and "Nordic countries"	(2009-2014) 4	Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression.
CINAHL	"Postnatal depression" and treatment	(2009-2014) 91	Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics.
CINAHL	"nursing education" and "board games"	1	Criticality: The experience of developing an interactive educational tool based on board games
CINAHL	"enjoyable learning"	41	Enjoyable learning: the role of humour, games, and fun activities in nursing and midwifery education
CINAHL	Bipolar disorder AND suicidal behaviour	13	Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When ,and Why?
CINAHL	bipolar disorder symptoms AND nursing education	2	Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management
CINAHL	bipolar disorder treatment AND nursing	21	Nursing processed used in treatment of patients with bipolar disorder

CINAHL	bipolar disorder diagnosis AND patient's experience	(2009-2015) 3	What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder.
CINAHL	"learning and teaching" AND "nursing education"	38	Modelling as a strategy for learning and teaching in nursing education
CINAHL	electroconvulsive therapy AND mental disorder	(2013-2014) 14	Electroconvulsive therapy: why it is still controversial.
CINAHL	bipolar disorder AND suicide prevention AND treatm*	(2005-2015) 17	Evaluation of treatment in 35 cases of bipolar suicide.
CINAHL	experi* AND living with bipolar disorder	(2005-2015) 7	Persons living with bipolar disorder-their view of the illness and future.
Google Scholar	Lautapeli opetusmenetelmänä	70	Opettajan käsikirja - opintojakson rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi.